



SENTENCIA N° 141

Veinticinco (25) de septiembre de dos mil Veinte (2020)

RADICACIÓN	05001-40-03-029-2020-00166-00
ACCIONANTE:	LUISA FERNANDA GAVIRIA MEDINA
AFECTADO:	GERMAN LEANDRO JARAMILLO ÁLVAREZ
ACCIONADOS:	SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN DE ANTIOQUIA

I.- OBJETO DE LA DECISIÓN:

Pasa el despacho a resolver la acción de Tutela presentada por **LUISA FERNANDA GAVIRIA MEDINA**, quien actúa como agente oficioso del señor **GERMAN LEANDRO JARAMILLO ÁLVAREZ**, en contra de la **SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN DE ANTIOQUIA**, con sede en esta ciudad.

II.- HECHOS Y PRETENSIONES

De los hechos

- Que actualmente el señor **GERMAN LEANDRO JARAMILLO ÁLVAREZ**, no se encuentra afiliado a ninguna **EPS**, está registrado con un puntaje de 70,90, tiene 39 años de edad y no cuenta con empleo por su estado de salud.
- Que actualmente convive con sus padres quienes por motivo del accidente le están presentando la atención necesaria la cual sirve como apoyo para su recuperación.
- Que el día 25 de agosto de 2020, sufrió accidente de tránsito que le dejó graves secuelas las cuales impiden una vida normal, estuvo hospitalizado por 8 días en la **CLÍNICA CES** de la ciudad.
- Que no cuenta con recursos económicos para pagar los **COPAGOS, CUOTAS DE RECUPERACIÓN y CUOTA MODERADORA** que la **CLÍNICA CES**, está cobrando por un valor de **SEISCIENTOS NOVENTA MIL PESOS (\$690.000)**.
- Que su diagnóstico es **FRACTURA ABIERTA DE RODILLA IZQUIERDA, CON HEMORRAGIA VENOSA QUE SE CONTROLA CON PRESIÓN LEVE**.

De lo pedido

- Que con fundamento en los hechos narrados y en las consideraciones expuestas, se ordene a quien corresponda en esta entidad, autorizar **EXONERACIÓN DE COPAGOS, CUOTAS MODERADORAS y CUOTAS DE RECUPERACIÓN**, en la Historia clínica, a fin de mejorar su calidad de vida. Asimismo, que se le brinde **TRATAMIENTO INTEGRAL** y en consecuencia se practiquen todos los procedimientos médicos necesarios y que se le suministren los medicamentos formulados.

III. TRAMITE PROCESAL

Por el sistema de reparto, llevado a cabo el día 11 de septiembre de 2020, nos fue adjudicada la presente acción y por reunir los requisitos establecidos en el Art. 14 del Decreto 2591 de



1991, se admitió mediante auto interlocutorio N°800 del 14 de septiembre de 2020, allí se ordenó la vinculación de la **EPS SAVIA SALUD** y de la **CLÍNICA CES**, requiriendo los representantes legales o quien haga sus veces, para que en el término de dos (02) días diera contestación a la presente acción.

Ahora bien, después de notificada la **SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN DE ANTIOQUIA**, el 16 de septiembre de 2020, se recibió mediante correo electrónico respuesta de la entidad accionada.

En consecuencia, de lo anterior, el 17 de septiembre de 2020, mediante auto interlocutorio N°814, se ordenó la vinculación de la **SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN** y de la aseguradora **AXA COLPATRIA**.

Por lo anterior, el 21 de septiembre de 2020 la **SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN**, la aseguradora **AXA COLPATRIA** y la **CLÍNICA CES**, allegaron contestación de la presente acción de tutela, mediante correo electrónico.

IV. RESPUESTA DE LAS ENTIDADES ACCIONADAS

1. SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN DE ANTIOQUIA

LENY JOHANA OSORIO ROMÁN, Actuando en calidad de Abogada - Asuntos Legales de la **SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA**, dentro del término otorgado por el despacho, allego contestación en los siguientes términos:

*(...) De acuerdo con la base de datos única de afiliados **ADRES**, el señor **GERMAN LEANDRO JARAMILLO ÁLVAREZ**, identificado con el Cedula de Ciudadanía No. 71.317.492; es una persona que **NO SE ENCUENTRA AFILIADO AL RÉGIMEN SUBSIDIADO NI CONTRIBUTIVO EN SALUD** – toda vez que registra **RETIRADO** de **EPS SURAMERICANA S.A.** desde noviembre del 2019.*

1. Se aclara que la **SSSPSA NO ES UN RÉGIMEN DE SALUD**

2. Se informa que el accionante **NO PERTENECE a un régimen excepcional, contributivo ni subsidiado de salud, por ende, se encuentra dentro de la población vinculada de pobreza - PPNA- en el nivel 3, de acuerdo a su puntaje en el **SISBEN**.**

3. El Departamento - SSSA no es Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), ni Empresa Promotora de Salud (EPS) ni Administradora del Régimen Subsidiado (EPS-S), su función legal, de conformidad con lo consagrado en los artículos 43 numeral 43.2.2 y 49 inciso 4º de la Ley 715 de 2001, es financiar las atenciones de segundo (2º) y tercer (3º) nivel para la población vinculada de los niveles 1, 2 y 3 de pobreza, pero sin afiliación a régimen excepcional, contributivo ni subsidiado.

4. La atención médica recibida por el accionante fue en una **IPS particular, esto quiere decir, que el evento clínico fue facturado como **PARTICULAR** y del cual no se notificó al Ente Territorial. Por tal razón la **SSSPSA** no tiene competencia alguna frente al pago porcentual de los servicios de salud recibidos por el accionante., es decir, fue un evento facturado donde no tuvo incidencia alguna la **SSSPSA**.**

5. Igualmente el Despacho debe considerar analizar, que los servicios médicos recibidos por el accionante fueron con ocasión a un accidente de tránsito, por tal razón quién debe asumir el valor de dichos servicios es el **SOAT, sin embargo, los accionantes no hacen referencia alguna sobre ello en el escrito de tutela.**



6. El Despacho, al momento de examinar la petición presentada por el accionante, deberá orientar su decisión bajo los parámetros antes expuestos, teniendo en cuenta si la característica del servicio solicitado por la paciente se encuentra dentro de los supuestos fijados por la Corte en su jurisprudencia frente a la vulneración del derecho a la salud del accionante; se informa que la **SSPSA** no ha vulnerado ni puesto en peligro el derecho a la salud del paciente- tutelante, toda vez que, la **SSSPA NO TENIA CONOCIMIENTO DEL EVENTO MEDICO** del afectado-accionante, adicionalmente que el accionante **NO ACUDIÓ** a ninguna **IPS-ESE** que hace parte de nuestra red prestadora de servicios Departamental y/o Municipal y que estas de manera interna a través del **CRUE** solicitaran autorización para los servicios de salud que requería el accionante; consecuentemente los servicios de salud que utilizaron fueron particulares así como su facturación fue particular.

7. Genera controversia con respecto al puntaje en la encuesta del **SISBEN** al que refiere el afectado tutelante ya que es un porcentaje alto-superior, por lo tanto permite inferir que el paciente tiene una buena situación económica para sufragar una **EPS**; de ahí que nos preguntamos porque con anterioridad a los hechos narrados en la tutela, el accionante no acudió a la Secretaría de Salud del Municipio de residencia, para que estos realicen una nueva encuesta (reencuesta) con el **SISBEN** y así determinar si es un potencial beneficiario del régimen subsidiado; toda vez que sus condiciones socioeconómicas son precarias, que no le permiten pagar una **EPS** y las cuotas de recuperación.

Además, la encuesta es de mayo de 2015 no actualizada, por ende, no es comprensible como es que arroja un puntaje alto, puntaje el cual no concuerda con lo descrito por la agente oficiosa en el escrito de tutela y la realidad del afectado.

2. SECRETARIA DE SALUD DE MEDELLÍN

RUTH HELENA MENA PINO, Subsecretaria de despacho, allegó contestación de la acción constitucional, donde manifiesta que:

“La Ley **715 de 2001**, establece las competencias de las Secretarías de Salud municipales y dispone que corresponde a estas entidades; identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado, atendiendo las disposiciones que regulan la materia.

Por su parte, la Resolución N° 3778 de 2011 (modificada por la Resolución N° 4119 de 2018) establece como puntos de corte para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud, los siguientes:

Nivel	Puntaje de SISBEN III		
	14 ciudades	Otras Cabeceras	Rural
1	0 - 47.99	0 - 4479	0 - 32.98
2	48.00 - 54.86	44.80 - 51.57	32.99 – 37.80

Así las cosas, el trabajo que realiza la Secretaría de Salud respecto al tema de aseguramiento, consiste en identificar la población que ya fue encuestada por el Sisben Metodología III y cuyo puntaje no supera el rango establecido por la mencionada Resolución 3778 de 2011, es decir no sobrepasa los 54.86 puntos y gestionar su acceso a la EPS que opere el Régimen Subsidiado en el Municipio.

Vale la pena aclarar, que por disposición de la Ley 1122 de 2007, le está prohibido a la Secretaría de Salud prestar servicios de salud y afiliar a las personas al Régimen



Subsidiado; toda vez que estas son obligaciones indelegables de las Entidades Promotoras de Salud quienes administran el sistema de salud. También se debe tener en cuenta, **que a nivel municipal el responsable directo de la administración del SISBEN es el Departamento Administrativo de Planeación Municipal**, así que, es este Departamento el encargado de encuestar a los habitantes de Medellín, validar y procesar la información de las encuestas y enviar dicha información al DNP, que finalmente es la entidad autorizada a nivel nacional para asignar el puntaje del SISBEN.

En consulta realizada a la base de datos de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – **ADRES el señor GERMAN LEANDRO JARAMILLO ÁLVAREZ, identificado con cédula de ciudadanía Nro.71.317.492 figura en estado “retirado” de la EPS SURA y en la base de datos del SISBEN se encuentra encuestado en el Municipio de Medellín, con un puntaje asignado de 70,90.** Por lo tanto, no ha sido clasificado como población pobre, puesto que su puntaje excede el tope establecido en la Resolución 3778 de 2011, para los beneficiarios del régimen subsidiado en salud de esta jurisdicción.

En este orden de ideas, el tutelante no cumple los requisitos para acceder al Régimen Subsidiado en Salud y por lo tanto no puede ser afiliado a la EPS que opera el régimen subsidiado en el Municipio de Medellín. De conformidad con la normativa vigente, debe proceder con la afiliación al Régimen Contributivo, en calidad de cotizante, beneficiario o afiliado adicional.

Por otro lado, y si el señor JARAMILLO ÁLVAREZ, considera que ha variado su situación Socioeconómica, puede solicitar una nueva encuesta al Departamento Administrativo de Planeación Municipal (DAP) y si el puntaje que se le asigne por parte del Departamento Nacional de Planeación (DNP), no excede los topes de la Resolución 3778 de 2011, podría entonces tramitar su afiliación al Régimen Subsidiado.

No obstante, lo expuesto, esto no significa que se encuentre desprotegido en salud, puesto que, si llegare a requerir atención de urgencia, esta sería brindada así: **Las atenciones del primer nivel con cargo a los recursos municipales y las de segundo nivel en adelante, como es el caso que nos ocupa, con cargo a los recursos departamentales, Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia”.**

3. CLÍNICA CES

ANDRÉS TRUJILLO ZEA, en calidad de Representante Legal de la **CORPORACIÓN PARA ESTUDIOS EN SALUD CLÍNICA CES**, procedió a contestar la acción de tutela, afirmando que:

Respecto a los hechos:

“Es cierto que el afectado Germán Leandro Jaramillo Álvarez no se encuentra afiliado a ninguna EPS. Está registrado en el Sisbén con un puntaje de 70.90.

Es cierto que el 25 de agosto de 2020 sufrió accidente de tránsito y estuvo hospitalizado durante 8 días en la Clínica CES, en la cual se le brindaron todas las atenciones necesarias.





Es cierto que la Clínica CES le ha formulado, en cumplimiento de los protocolos legales y reglamentarios, cuenta para cancelar copagos. En su atención se agotaron los límites señalados para el SOAT”.

Asimismo, afirma que:

La Clínica CES le brindó al afectado toda la atención requerida, sin negar ninguna. La Clínica como IPS no puede condonar ni copagos ni cuotas moderadoras como lo pretende la accionante.

La Clínica CES no ha violado con su actuación ningún derecho fundamental del afectado. Por el contrario, desarrolló cabalmente los que en escrito de acción se consideran vulnerados, vale decir a la seguridad social, a la vida y a la salud”.

4. ASEGURADORA AXA COLPATRIA

PAULA MARCELA MORENO MOYA, en calidad de Representante Legal de **AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.**, allegó su contestación el 21 de septiembre de 2020, argumentando lo siguiente:

“ Con base en la vinculación del auto interlocutorio 0814 de 17 de septiembre de 2020, nos permitimos informar que AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., expidió la póliza de Seguro Obligatorio No. 1306 – 4012211500– 3, para la vigencia comprendida entre el 07/02/2020 hasta el 06/02/2021, amparando el vehículo de placa LXS73B.

Desde la fecha de la expedición del seguro a la fecha, NO registra pagos bajo ninguna de las coberturas del seguro, toda vez que la compañía aseguradora, no ha sido notificada del siniestro mediante reclamación alguna, ni por parte de las instituciones prestadoras de salud o de servicios de ambulancia, ni por la víctima y/o sus beneficiarios.

Por lo anterior, se desconoce por parte de esta aseguradora, la institución de salud IPS obligada a garantizar los servicios de salud requeridos por el lesionado, como también si dicha o dichas instituciones ya agotaron el tope de las coberturas del SOAT, ya que se reitera, no se recibida reclamación alguna a la fecha.

El SOAT, es un seguro de tipo indemnizatorio, por tal motivo como aseguradora no tenemos la facultad de autorizar, negar o practicar o suministrar servicios de salud.

Aclaremos que son los establecimientos Hospitalarios o Clínicos, entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado, los responsables de toda la atención médica, Quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria o de rehabilitación que requiera el tratamiento de las lesiones causadas en el accidente de tránsito, quienes están Obligados por norma a prestarle toda la atención médica integral a las víctimas de accidente de tránsito, ya se sea directamente o remitiéndola a una institución que tenga los servicios requeridos.





A continuación el detalle de la póliza y sus coberturas:

Tomador póliza	NO REGISTRA REPORTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO
Vigencia	07/02/2020 Hasta 06/02/2021
No. Siniestro	NO REGISTRA REPORTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO
Lesionado	GERMAN LEANDRO JARAMILLO ALVA
Fecha Ocurrencia	NO REGISTRA REPORTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO
Amparos y Topes	2019
Gastos médicos (800 SMLDV)	\$ 22.083.083
Incapacidad total y permanente (180 SMLDV)	\$ 4.988.696
Indemnización por muerte y gastos funerarios (750 SMLDV)	\$ 20.702.900
Gastos transporte (10 SMLDV)	\$ 276.039

Quando se agota el tope máximo a pagar por parte de la Aseguradora, la IPS, puede reclamar ante, la E.P.S o seguridad social a la que se encuentre afiliado el lesionado, se aclara que el cubrimiento del Soat está exento de copago, de ninguna forma se realiza el cobro al lesionado.

Es de aclarar que esta aseguradora no hace parte del sector salud por ende, no tiene ningún convenio con instituciones de salud para la atención de lesionados en accidentes de tránsito, toda vez que nuestra obligación contractual, derivada del seguro SOAT, el cual solo refiere exclusivamente al pago de servicios médicos practicados al lesionado a causa del accidente de tránsito, por pago directo a la entidad medica que prestó el servicio, toda vez que es responsabilidad de las entidades de salud la atención medica de los lesionados por accidente de tránsito.

Son las instituciones hospitalarias las que deben dar al paciente la atención integral por las lesiones causadas en el accidente de tránsito, ya sea directamente o remitiéndola a una institución que tenga los servicios requeridos, esto teniendo en cuenta que la atención médica de las víctimas de accidente de tránsito es obligatoria para los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado del sector salud, quienes están obligados por norma a prestarle a la víctima del accidente de tránsito toda la atención médica, Quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria o de rehabilitación que requiera el tratamiento de las lesiones causadas en el accidente de tránsito”.

V. CONSTANCIAS DE LLAMADAS A LA ACCIONANTE

- El 17 de septiembre de 2020, siendo las 16:20 horas, el Juzgado se comunicó con la señora **LUISA FERNANDA GAVIRIA MEDINA** al número de teléfono 3044467643.

Mediante la llamada, la señora **LUISA FERNANDA GAVIRIA MEDINA**, manifiesta que él señor **GERMAN LEANDRO JARAMILLO ÁLVAREZ**, convive en este momento con sus padres, donde su papá es la persona encargada de la casa, toda vez que el accionante se encuentra sin empleo, anteriormente se desempeñaba como mensajero.

Por otro lado afirma, que las lesiones y patologías que padece en este momento el señor **GERMAN LEANDRO JARAMILLO ÁLVAREZ**, fue generadas por un accidente de tránsito, el cual sufrió el día 25 de agosto de 2020, en su motocicleta con placas **LXS73B**, razón por la cual acuden a la **CLÍNICA CES**, y fue atendido mediante su **SOAT**, el cual pertenece a **AXA COLPATRIA**, sin embargo la cobertura máxima del mismo fue alcanzada, por la atención allí recibida y los procedimientos otorgados en la Clínica, por tal motivo el soat ya no le cubre los demás gastos que requiere, tanto para su recuperación





como sus terapias. Manifestando entonces la señora **LUISA FERNANDA GAVIRIA MEDINA**, que por tal motivo instaura tutela, a fin de que se cancele la cuota de recuperación por parte de la entidad encargada, toda vez que los mismo no cuentan con los recursos suficientes para hacerlo.

- Asimismo, el 22 de septiembre del año en curso, siendo las 16:03 horas, se contactó una vez más a la señora **LUISA FERNANDA GAVIRIA MEDINA** al número de teléfono 3044467643 a fin de constatar la capacidad económica del señor **GERMAN LEANDRO JARAMILLO ÁLVAREZ** y su familia.

En la llamada, la señora **LUISA FERNANDA GAVIRIA MEDINA**, manifiesta que el señor **CARLOS ARTURO JARAMILLO POSADA**, padre del señor **GERMAN LEANDRO JARAMILLO ÁLVAREZ**, actualmente labora en una ebanistería, donde devenga el salario mínimo mensual legal vigente, por su parte la señora **MARÍA CECILIA ÁLVAREZ**, madre del señor **GERMAN**, es ama de casa, los mismo viven en una vivienda alquilada en el barrio Campo Valdés con un estrato 2, y que en este momento el señor **CARLOS JARAMILLO**, tiene a cargo a su esposa y su hijo **GERMAN**, toda vez que su hijo no se encuentra laborando por causa de su accidente.

VI. PRESUPUESTOS PROCESALES

Este Juzgado es competente para conocer en primera instancia de la acción instaurada de conformidad con el artículo 37 del Decreto 2591/91 y el artículo 1 del decreto 1983 de 2017, además las partes tienen capacidad sustantiva y procesal, la parte accionante actuando a en causa propia y la parte accionada por intermedio de su representante legal judicial y directamente relacionada con los hechos y pretensiones de la tutela.

VII. PROBLEMA JURÍDICO Y TESIS A RESOLVER

El problema jurídico a resolver se sintetiza en determinar si la acción presentada resulta procedente, una vez determinada su procedencia establecer si la **SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN DE ANTIOQUIA**, ha vulnerado los derechos fundamentales del señor **GERMAN LEANDRO JARAMILLO ÁLVAREZ** y si es necesario adoptar una medida de protección de los mismos.

Tesis

La tesis que sostendrá el despacho, es que la tutela resulta procedente, pero debe negarse toda vez que de las pruebas practicadas y lo probado, no se evidencia vulneración a los derechos fundamentales invocados, habida cuenta que no se avizora negación de servicios de salud requeridos, tampoco que se le esté cobrando la suma de SEISCIENTOS NOVENTA MIL PESOS (\$690.000), por concepto de copagos, cuotas moderadoras y de recuperación, y menos que con dicho cobro se le esté vulnerando el derecho fundamental a la salud o cualquier otro derecho fundamental que sea objeto de protección constitucional, la no afiliación a una EPS, no es atribuible a una entidad del estado en particular, sino a la falta de gestión e interés del agenciado.

Tesis que se fundamenta bajo las siguientes,

VIII. CONSIDERACIONES:

1. De la acción de tutela

Conforme en el artículo 86 de la Carta Política, la acción de tutela fue establecida como instrumento ágil para la protección inmediata de los derechos fundamentales cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o de los particulares en los términos señalados por la Ley; y opera siempre y cuando el afectado no disponga de otros medios para la protección de los derechos conculcados, o, cuando, existiendo esos medios, la acción se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

Así, de conformidad con lo establecido en el artículo 86 de la Constitución Política, y en los artículos 5 y 42 del Decreto 2591 de 1991, es procedente la acción de tutela contra particulares que tengan a su cargo la prestación de un servicio público o cuya conducta afecte grave y directamente el interés colectivo o respecto de los cuales el solicitante se halle en estado de subordinación o indefensión, como es el caso que aquí se trata.

2. Legitimación en la causa

Respecto de la legitimidad por activa para el ejercicio de la acción de tutela, de conformidad con el artículo 10 del Decreto 2591 de 1991, esta puede ser ejercida (i) a nombre propio; (ii) a través de un representante legal; (iii) por medio de apoderado judicial, o (iv) mediante un agente oficioso.

Dentro del presente caso se tiene por acreditada la legitimación por activa, por cuanto es la señora **LUISA FERNANDA GAVIRIA MEDINA**, quien actúa como agente oficioso del señor **GERMAN LEANDRO JARAMILLO ÁLVAREZ**.

Ahora, se tiene acreditada la legitimación por pasiva por parte de la **SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN DE ANTIOQUIA**, de conformidad a lo establecido en el artículo 86 de la Constitución Nacional, así como lo establecido en el artículo 13 del Decreto 2591 de 1991, por ser esta entidad la presunta transgresora de los derechos fundamentales de la accionante, en ocasión a la prestación del servicio público de salud.

3. El Derecho fundamental a la salud

Mediante la **Ley 1751 del 19 de febrero de 2015** se reguló como fundamental el derecho a la Salud, con lo cual queda superada cualquier laguna sobre su protección por vía de tutela, toda vez que el objeto de dicha norma fue garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección¹.

Así, respecto del derecho fundamental a la salud la Ley consagra:

*(...) **Artículo 2º. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud.** El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.*

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

¹ Ley 1751 de 2015. Artículo 1º.



como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Y con relación a los elementos y principios del derecho fundamental a la Salud, indicó en su artículo 6°:

(...) El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes **elementos esenciales** e interrelacionados:

a) Disponibilidad. El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente; **b) Aceptabilidad.** (...); **c) Accesibilidad.** 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; **d) Calidad e idoneidad profesional.** (...).

Asimismo, el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes **principios**:

- a) **Universalidad.** Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida; b) **Pro homine.** Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas; c) **Equidad.** El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección; d) **Continuidad.** Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas; e) **Oportunidad.** La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones; f) **Prevalencia de derechos.** El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años; g) **Progresividad del derecho.** El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; h) **Libre elección.** Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación; i) **Sostenibilidad** El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal; j) **Solidaridad.** El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades; k) **Eficiencia.** El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población; (...)

Parágrafo. Los principios enunciados en este artículo se deberán interpretar de manera armónica sin privilegiar alguno de ellos sobre los demás. Lo anterior no obsta para que sean adoptadas acciones afirmativas en beneficio de sujetos de especial protección constitucional como la promoción del interés superior de las niñas, niños y mujeres en





estado de embarazo y personas de escasos recursos, grupos vulnerables y sujetos de especial protección. (...)

Artículo 8°. La integralidad. 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.

Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud. Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

- a) A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad; (...)
- e) A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley; (...)
- i) A la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos; (...)
- o) A no ser sometido en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, ni obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento; (...)
- p) A que no se trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio;
- q) Agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de su enfermedad.

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

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

Por otro lado, el artículo de la Ley 100 de 1993, enuncia:

(...) **Artículo 160. Deberes de los afiliados y beneficiarios.** Son deberes de los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud los siguientes:

1. Procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.
2. Afiliarse con su familia al Sistema General de Seguridad Social en Salud.



3. Facilitar el pago, y pagar cuando le corresponda, las cotizaciones y pagos obligatorios a que haya lugar.
4. Suministrar información veraz, clara y completa sobre su estado de salud y los ingresos base de cotización.
5. Vigilar el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores a las que se refiere la presente Ley.
6. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de las instituciones y profesionales que le prestan atención en salud.
7. Cuidar y hacer uso racional de los recursos, las instalaciones, la dotación, así como de los servicios y prestaciones sociales y laborales.
8. Tratar con dignidad el personal humano que lo atiende y respetar la intimidad de los demás pacientes.

Asimismo, el artículo 187 *ibidem*, el que define los criterios de aplicación de los “pagos moderadores”, precisando que, para los diferentes servicios que se presten dentro del sistema de salud, dichos pagos “serán definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica”, esto es, teniendo en cuenta la capacidad de pago de los usuarios del sistema. Así, tratándose del Régimen Contributivo, los “pagos moderadores” se aplicarán tomando como referente el ingreso base de cotización del afiliado cotizante, mientras que, para el régimen subsidiado y los participantes vinculados, **tales pagos se aplicarán de conformidad con la calificación socioeconómica de la encuesta SISBEN, entendida esta como el sistema de información que permite identificar y clasificar a la población pobre del país que es potencial beneficiaria de los subsidios y de los programas sociales que ofrece el Estado.**

En cuanto a los “copagos”, son “los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado” los cuales son aplicados de manera exclusiva a los afiliados beneficiarios, con el objetivo de financiar el sistema de conformidad con lo señalado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en el Acuerdo 260 de 2004.

Ahora bien, aun cuando en virtud del principio de sostenibilidad (entiéndase por esta, estabilidad financiera) del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es posible imputar pagos a los afiliados y beneficiarios de dicho sistema, la ley y la jurisprudencia han dejado claro que dichos pagos no pueden constituir barreras de acceso al sistema de salud, específicamente, en relación con la población más pobre. Al respecto, el propio artículo 187 de la Ley 100 de 1993, al tiempo que prevé los pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles dentro del sistema de salud, precisa igualmente que, “[e]n ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres. Para evitar la generación de restricciones al acceso por parte de la población más pobre, tales pagos para los diferentes servicios serán definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica y la antigüedad de afiliación en el sistema, según la reglamentación que adopte el Gobierno Nacional, previo concepto del consejo nacional de seguridad social en salud”.

Al respecto, la Corte Constitucional ha establecido en **Sentencia T- 158 de 2008** lo siguiente:

“Dado que el estado Colombiano es un Estado Social de Derecho que tiene como uno de sus principios fundantes el de solidaridad, cada individuo debe contribuir en la medida de sus posibilidades a la financiación del Sistema sin que ello devenga necesariamente en una barrera al acceso a los servicios de salud, como quiera que no puede obligarse a lo imposible y, por consiguiente, resultaría desproporcionado exigirle a alguien que no cuente con recursos económicos suficientes, el cubrimiento del valor de un pago compartido y el aporte al Sistema como condicionamiento para la prestación de la atención médica que necesita”.



En consecuencia, para evitar que el cobro de copagos se convierta en una limitación en la cobertura del derecho a la salud, este Tribunal ha considerado que hay lugar a la exoneración del cobro de los “pagos moderadores”, en los casos en los cuales se acredite la afectación o amenaza de algún derecho fundamental. Sobre el particular, la jurisprudencia ha fijado las reglas que el operador judicial debe tener en cuenta para eximir el cobro de cuotas²:

- (i) *Es aplicable la regla general en materia probatoria, según la cual, incumbe al actor probar el supuesto de hecho que permite obtener la consecuencia jurídica que persigue;*
- (ii) ***Ante la afirmación de ausencia de recursos económicos por parte del actor (negación indefinida) Se invierte la carga de la prueba correspondiendo en ese caso a la entidad demandada demostrar lo contrario.***
- (iii) *No existe tarifa legal para demostrar la ausencia de recursos económicos, la misma se puede intentar mediante negaciones indefinidas, certificados de ingresos, formularios de afiliación al sistema, extractos bancarios, declaración de renta, balances contables, testimonios, indicios o cualquier otro medio de prueba.*
- (iv) ***En el caso de la afirmación indefinida del solicitante respecto de la ausencia de recursos económicos, o de afirmaciones semejantes, se presume su buena fe en los términos del artículo 83 de la Constitución, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que le quepa, si se llega a establecer que tal afirmación es falsa o contraria a la realidad.***
- (v) *le corresponde al operador judicial, “ejercer activamente sus poderes inquisitivos en materia probatoria, con el fin de establecer la verdad real en cada caso, proteger los derechos fundamentales de las personas y garantizar la corrección del manejo de los recursos del sistema de seguridad social en salud, haciendo prevalecer el principio de solidaridad cuando el peticionario cuenta con recursos económicos que le permitan sufragar el costo de las intervenciones, procedimientos o medicamentos excluidos del POS.*

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

4.1 Circunstancias de exoneración

El artículo 7 del Acuerdo 30 de 1996 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, subrogado por el Acuerdo 260 de 2004 establece, entre otras cosas, la *exoneración de*

2. (Sentencia T- 683 de 2003).



copagos a favor de la población afiliada al régimen subsidiado, siempre que estén inmersos en circunstancias excepcionales, por ejemplo, en los casos en que el paciente padece de enfermedades catastróficas o de alto costo³.

En la **Sentencia T-411 de 2003**, esa Corporación dispuso “la aplicación por vía de analogía del precepto anteriormente reseñado, para justificar la exoneración total de las cuotas de recuperación en el caso de los vinculados al sistema. Para el efecto se consideró que de no admitirse su aplicación analógica se produciría un tratamiento diferenciado carente de justificación entre la población afiliada y la población vinculada. Con todo, para su aplicación, la Corte condicionó la exoneración a que se encuentre acreditada la falta de capacidad económica del vinculado, esto es, de quien padeció personalmente la patología catastrófica o de alto costo.

En relación con la prueba de la capacidad de pago, si bien no existe tarifa legal para demostrar la ausencia de recursos económicos, la misma se puede intentar mediante certificados de ingresos, formularios de afiliación al sistema, extractos bancarios, declaración de renta, balances contables, testimonios, indicios o cualquier otro medio de prueba, sin perjuicio de que el juez de tutela pueda ejercer activamente sus poderes inquisitivos en materia probatoria, con el fin de establecer la verdad real en cada caso, proteger los derechos fundamentales de las personas y garantizar la corrección del manejo de los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud, haciendo prevalecer el principio de solidaridad cuando el peticionario cuenta con recursos económicos que le permitan sufragar el costo de las intervenciones, procedimientos o medicamentos que necesita”.

5. La protección del derecho a la seguridad social por medio de la afiliación al SGSSS – sentencia T-192 de 2019.

En esta sentencia la corte señaló:

El artículo 48 de la Constitución Política establece el derecho a la seguridad social en una doble dimensión. Por un lado, lo contempla como un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.

Por otro lado, lo consagra como una garantía de carácter irrenunciable e imprescriptible de todas las personas, representada en la cobertura de (i) pensiones, (ii) salud, (iii) riesgos profesionales y (iv) los servicios sociales complementarios definidos en la misma ley. Lo anterior, a través de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social que se refleja necesariamente en el pago de las prestaciones sociales estatuidas.

(...)

Ahora bien, además de que esta Corporación ha dejado claro que la seguridad social tiene la connotación de derecho fundamental autónomo e independiente y por lo tanto puede ser protegido mediante la acción de tutela, también ha insistido en que su goce está íntimamente relacionado con la afiliación al Sistema General de Seguridad Social

Sobre la afiliación al régimen subsidiado de la población pobre y vulnerable que reside en el territorio nacional dijo lo siguiente:

“En respuesta a los pronunciamientos de la Corte sobre la necesidad de garantizar la cobertura universal del sistema, la Ley 1438 de 2011 dispuso que “todos los residentes en el país deberán

³Sentencia T- 455 de 2017. Corte Constitucional. M.P. LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ



ser afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, para lo cual el Gobierno Nacional deberá desarrollar mecanismos que garanticen dicha afiliación. Por esto, el artículo 32 de dicha ley reguló el trámite de afiliación al régimen subsidiado, **es decir, el procedimiento que se debe seguir en los casos en que una persona no asegurada y sin capacidad de pago requiera atención en salud:**

“32.2 Si la persona manifiesta no tener capacidad de pago, esta será atendida obligatoriamente. La afiliación inicial se hará a la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado mediante el mecanismo simplificado que se desarrolle para tal fin. Realizada la afiliación, la Entidad Promotora de Salud, verificará en un plazo no mayor a ocho (8) días hábiles si la persona es elegible para el subsidio en salud. De no serlo, se cancelará la afiliación y la Entidad Promotora de Salud procederá a realizar el cobro de los servicios prestados. Se podrá reactivar la afiliación al Régimen Subsidiado cuando se acredite las condiciones que dan derecho al subsidio. En todo caso el pago de los servicios de salud prestados será cancelado por la Entidad Promotora de Salud si efectivamente se afilió a ella; si no se afilió se pagarán con recursos de oferta a la institución prestadora de los servicios de salud, de conformidad con la normatividad general vigente para el pago de los servicios de salud.

Si no tuviera documento de identidad, se tomará el registro dactilar y los datos de identificación, siguiendo el procedimiento establecido por el Ministerio de la Protección Social en coordinación con la Registraduría Nacional del Estado Civil para el trámite de la afiliación” (Negrita fuera del original).

Según esta norma, **la persona deberá ser atendida obligatoriamente, y será afiliada por la EPS de forma preventiva al Régimen Subsidiado mediante un mecanismo simplificado. Posteriormente, se verificará si la persona es elegible para el subsidio en salud, es decir, si cumple los requisitos de afiliación al SGSSS, y si no lo es, se procederá a cobrarle los servicios prestados.**

La Corte Constitucional también se ha pronunciado en sede de control concreto sobre el incumplimiento de la obligación de las EPS-S de realizar la afiliación en los casos en que se cumplen los requisitos para la afiliación.”

(...)

De esta forma, como quedó establecido con anterioridad, la afiliación al régimen subsidiado podrá realizarse por las personas clasificadas en los niveles 1 o 2 del Sisbén, las cuales deberán escoger libremente la EPS del Régimen Subsidiado que esté autorizada para operar en el municipio, **e inscribirse a la misma al diligenciar en físico el Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades (FUAN), hasta tanto haya entrado en operación el Sistema de Afiliación Transaccional y el formulario electrónico.** Lo anterior se estableció de esta manera debido a que, si bien este nuevo sistema empezó su implementación a partir de la promulgación del Decreto 2353 del 2015, el mismo ha entrado en operación de forma gradual. Por esta razón, el parágrafo del artículo 19 de este decreto aclaró expresamente que “hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, los afiliados accederán a los servicios del plan de beneficios desde la fecha de radicación del formulario de afiliación y novedades en la EPS”.

(...)

De otra parte, en los casos en que la persona que cumple requisitos para afiliarse al régimen subsidiado se rehúsa a hacerlo, el Ministerio de Protección Social ha regulado el deber de los entes territoriales de realizar la afiliación oficiosa de esta población, la cual opera incluso en contra de la voluntad de la persona.

6. DEL CASO CONCRETO

En el sub lite tenemos que el señor GERMAN LEANDRO JARAMILLO ÁLVAREZ, identificado con CC No 71.317.492, fue atendido por la clínica CES, por una luxa fractura compleja de





plátanos tibiales izquierdos, producto de un accidente de tránsito ocurrido el 25 de agosto de 2020, por lo cual estuvo hospitalizado 8 días, agotándose los límites establecidos en el SOAT, ello de conformidad a la respuesta dada por el CES.

Con la tutela se aporta una copia de la historia clínica que por ser ilegible no es posible su valoración, habida cuenta que a la accionante fue requerida para que aporte los anexos legibles so pena de no tenerlos en cuenta al momento de valorar la prueba aportada, y con ocasión al requerimiento aportó los siguientes documentos de la clínica CES.

- Indicación médica de fecha 28 de agosto de 2020, suscrita por LEIDI MARYORI ZAPATA RUIZ, en la que se establece que, en caso de dar de alta, debe hacerse curaciones hasta cicatrizar.
- Indicación médica de fecha 1 de septiembre de 2020, suscrita por BAYONA VARELA JAVIER ORLANDO, ejecutivo de cuentas SOAT, en el que se ordena, cita posterior para retiro de suturas, se escribe POST QUIRÚRGICO, SUPERO EL SOAT
- Indicación médica de fecha 1 de septiembre de 2020, suscrita por BAYONA VARELA JAVIER ORLANDO, No puede apoyar extremidades por lo menos en 6 semanas, requiere muletas o caminador para deambular
- Indicación médica de fecha 1 de septiembre de 2020, suscrita por BAYONA VARELA JAVIER ORLANDO, TROMBO PROFILAXIS, DALTAPARINA AMPOLLAS 5000UI # 21, una ampolla subcutánea cada día
- Indicación médica de fecha 1 de septiembre de 2020, suscrita por BAYONA VARELA, ACETAMINOFÉN/ HIDROCODONA 325-5 # 20, ACETAMINOFÉN TABLETAS 500 MG # 60
- Incapacidad medica de 30 días
- Cita con ortopedia 16 de septiembre de 2020.

Ahora bien, con la tutela se pretende se exonere de copagos, cuotas moderados y de recuperación y se ordene el tratamiento integral.

Sobre este aspecto hay que decir:

1. El agenciado no está afiliados a ninguna EPS, desde noviembre de 2019, sin que haya realizado ninguna gestión ante las entidades competentes para afiliarse al régimen subsidiado en caso de no poder afiliarse al régimen contributivo, estando en el deber de hacerlo, pues no se puede atribuirle responsabilidad al estado a través de sus instituciones prestadoras del servicio de salud, cuando el interesado no ha realizado ni una gestión en caminata a obtener el amparo del estado, en ese sentido las entidades vinculadas no han vulnerado derecho fundamental alguno, habida cuenta que en los documentos aportados como pruebas se dice que está siendo atendido por el convenio con la Dirección Seccional de Antioquia, como beneficiario.
2. Al agenciado se le ha prestado todos los servicios de salud requeridos, sin que se evidencie que por el no pago de copagos o cuotas moderadoras, se le haya negado los mismos, en ese sentido, no se evidencia una barrera en la prestación del servicio, ello toda vez que a criterio de la corte: “ Dado que el estado Colombiano es un Estado





Social de Derecho que tiene como uno de sus principios fundantes el de solidaridad, cada individuo debe contribuir en la medida de sus posibilidades a la financiación del Sistema ***sin que ello devenga necesariamente en una barrera al acceso a los servicios de salud, como quiera que no puede obligarse a lo imposible y, por consiguiente, resultaría desproporcionado exigirle a alguien que no cuente con recursos económicos suficientes, el cubrimiento del valor de un pago compartido y el aporte al Sistema como condicionamiento para la prestación de la atención médica que necesita***". En este caso no existe prueba alguna que acredite que al señor GERMAN LEANDRO JARAMILLO ÁLVAREZ, se le haya negado servicio alguno por el no pago de tales derechos, adicionalmente de que no existe prueba alguna que debe a la IPS, la suma de SEISCIENTOS NOVENTA MIL PESOS (\$690.000).

3. No existe prueba que se le esté cobrando la suma de SEISCIENTOS NOVENTA MIL PESOS (\$690.000), por concepto de copagos, cuotas moderadoras y de recuperación, y menos que con dicho cobro se le esté vulnerando el derecho fundamental a la salud o cualquier otro derecho fundamental que sea objeto de protección constitucional.
4. GERMAN LEANDRO JARAMILLO ÁLVAREZ, estaba afiliado al régimen contributivo de salud, quedo desvinculado de noviembre de 2019, no obstante, no estaba catalogado como nivel 1 y 2 del SISBEN, por lo tanto, no operaba la afiliación oficiosa, habida cuenta que ***"la encuesta SISBEN metodología III, el 20 de mayo del 2015 NO ACTUALIZADA, en el Municipio de Medellín-Antioquia, la cual se encuentra validada y certificada por el Departamento Nacional de Planeación DNP, y arrojó un puntaje 70.90 Sisbén III (Resto Urbano) por tanto NO un (a) potencial beneficiario (a) del Régimen Subsidiado, de conformidad con la Resolución 3778 de 2011, expedida por el Ministerio de Protección Social. Puntaje del SISBEN que refleja la calidad y el status socioeconómico del paciente"***. así las cosas, era su deber acudir a la entidad territorial competente y realizar los trámites necesarios para su afiliación, advirtiéndole su nueva situación económica, correspondiéndole en esta oportunidad hacer las gestiones para obtener la afiliación al sistema, sin que exista en el momento una razón que amerite ordenar su afiliación preventiva, pues no se observa que exista negación en la prestación del servicio requiero, es decir, este hecho no le ha impedido acceder a los servicios de salud requeridos.

Bajo estos argumentos y al no existir negación en la prestación de los servicios de salud requeridos, ni evidenciarse negación en el proceso de afiliación al sistema, el despacho no encuentra vulneración a los derechos fundamentales invocados.

7. Tratamiento integral.

Pide también se le ordene prestación de el tratamiento integral y en consecuencia se brinden todos los procedimientos médicos necesarios, y se le suministren los medicamentos formulados.

Sobre este tema la corte ha dicho:

El derecho fundamental a la salud, tratamiento integral y prohibición de imposición de barreras administrativas. Principio de integralidad del derecho a la salud. Sentencia T-208 de 2017.



Afirma la Corte que el principio de integralidad del sistema de salud implica suministrar, de manera efectiva, todas las prestaciones que requieran los pacientes para mejorar su condición médica “esto es, que la protección sea integral en relación con todo aquello que sea necesario para conjurar la situación particular de un(a) paciente”, de esta forma se protege y garantiza el derecho fundamental a la salud y la adecuada prestación de los servicios médicos que permitan el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. De manera puntual, la Corte, en sentencia T-644 de 2015, destacó:

“En lo que concierne al suministro del tratamiento integral, cabe resaltar que el principio de integralidad en el acceso a los servicios de salud se exterioriza en la autorización, práctica o entrega de las tecnologías a las que una persona tiene derecho, siempre que el galeno tratante los considere necesarios para el tratamiento de sus patologías. De lo anterior se desprende que ‘la atención en salud no se restringe al mero restablecimiento de las condiciones básicas de vida del paciente, sino que también implica el suministro de todo aquello que permita mantener una calidad de vida digna’.”

Con todo, quienes padecen enfermedades que deterioran su salud se les debe garantizar siempre un tratamiento integral, en los términos, que se establecieron en el artículo 8°, de la Ley 1751 de 2015, de tal forma que se garantice el acceso efectivo al servicio de salud, mediante el suministro de “todos aquellos medicamentos, exámenes, procedimientos, intervenciones y terapias, entre otros, con miras a la recuperación e integración social del paciente, sin que medie obstáculo alguno independientemente de que se encuentren en el POS o no”. Acceso que se exterioriza en la autorización, práctica o entrega de las tecnologías a las que una persona tiene derecho, siempre que el profesional de la salud los considere necesarios para el tratamiento de la enfermedad. En diferentes pronunciamientos esta Corporación ha reiterado esta garantía de acceso efectivo a los servicios médicos.

En síntesis, se puede afirmar que el derecho fundamental a la salud, se garantiza a través del uso de medicamentos, tecnologías y servicios de manera continua, completa y sin dilaciones que permitan un tratamiento integral para prevenir, paliar o curar la enfermedad, se encuentren o no incluidas en plan obligatorio de salud, de tal forma que las instituciones encargadas de la administración del sistema de salud atiendan los principios constitucionales que permitan eliminar las barreras administrativas o económicas de acceso para aquellas personas que se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta.

De igual forma se determinó que la entidad encargada de la prestación del servicio de salud, debe velar por brindar una atención integral y de calidad a todos sus afiliados. Por consiguiente, dicha entidad, ante las sintomatologías y patologías que presenta el usuario, tienen la obligación de emitir un diagnóstico y de suministrar los tratamientos, medicamentos, intervenciones, procedimientos, exámenes, seguimiento y demás requerimientos que un médico tratante considere necesarios para atender el estado de salud de ese determinado usuario”.

En el presente caso, se desconoce cuáles son los procedimientos médicos que requiere el accionante le sean practicados, adicionalmente a que no se encuentra afiliado a ninguna EPS, no porque se le haya negado su derecho a la afiliación, sino porque no ha realizado ninguna gestión para este fin, tampoco existe prueba de un ordenamiento médico que requiera de carácter urgente y cuya prestación se le haya negado. En ese orden de ideas, tampoco es procedente para este caso ordenar un tratamiento integral.





CONCLUSIÓN.

De las pruebas practicadas y lo probado, no se evidencia vulneración del derecho fundamental invocado, pues se itera, no se avizora negación de servicios de salud requeridos, tampoco que se le esté cobrando la suma de SEISCIENTOS NOVENTA MIL PESOS (\$690.000), por concepto de copagos, cuotas moderadoras y de recuperación, y menos que con dicho cobro se le esté vulnerando el derecho fundamental a la salud o cualquier otro derecho fundamental que sea objeto de protección constitucional, la no afiliación a una EPS, no es atribuible a una entidad del estado, sino a la falta de gestión e interés del agenciado, razón por la cual la acción presentada habrá que denegarse al no existir vulneración a los derechos fundamentales invocados.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO VEINTINUEVE CIVIL MUNICIPAL DE MEDELLÍN ANTIOQUIA**, Administrando Justicia en Nombre del Pueblo y por Mandado expreso de la Constitución,

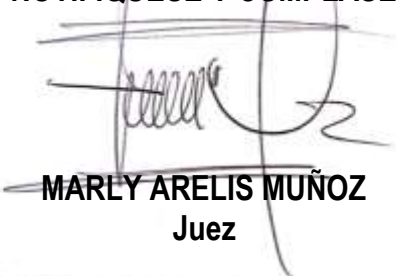
RESUELVE:

PRIMERO: NEGAR la acción de tutela interpuesta por la señora LUISA FERNANDA GAVIRIA MEDINA, quien actúa como agente oficioso del señor GERMAN LEANDRO JARAMILLO ÁLVAREZ, en contra de la SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN DE ANTIOQUIA, por las razones expuestas en la parte motiva de esta decisión.

SEGUNDO: **NOTIFÍQUESE** esta decisión a las partes personalmente, o en su defecto por el medio más expedito dentro del término estatuido en el Art. 30 del Decreto 2591 de 1991.

TERCERO: De no ser Impugnado este Fallo, remítase oportunamente el expediente ante la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión, tal como lo prevé el Art. 31 del Decreto citado en antecedencia.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



MARLY ARELIS MUÑOZ
Juez

☺

Firmado Por:



**JUZGADO 29 CIVIL MUNICIPAL
MEDELLIN ANTIOQUIA**

MARLY ARELIS MUÑOZ

JUEZ MUNICIPAL

JUZGADO 029 CIVIL MUNICIPAL DE MEDELLIN

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:

ecbd2d63c4e18ca6dd845808d39c0edef0cbdcfd350cc829fe38ed74f4ff22a0

Documento generado en 25/09/2020 02:43:40 p.m.



CARRERA 52 # 43-52 - PISO 5 - EDIFICIO CONFIAR - MEDELLIN ANTIOQUIA



262 21 12



JCMPL29MED@CENDOJ.RAMAJUDICIAL.GOV.CO