

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO**



**JUZGADO OCTAVO DE PEQUEÑAS CAUSAS LABORALES DEL DISTRITO JUDICIAL DE  
BOGOTÁ D.C.**

**ACCIÓN DE TUTELA**

**RADICADO: 11001-41-05-008-2023-00941-00**

**ACCIONANTE: MICHAEL STIVEN ROA HERRERA**

**ACCIONADA: CAPITAL SALUD E.P.S.-S.**

**VINCULADAS: AUDIFARMA S.A.**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.**

**SENTENCIA**

En Bogotá D.C., a los treinta (30) días del mes de noviembre del año dos mil veintitrés (2023), procede este Despacho Judicial a resolver la acción de tutela impetrada por **MICHAEL STIVEN ROA HERRERA**, quien solicita el amparo de los derechos fundamentales a la vida y la salud, presuntamente vulnerados por **CAPITAL SALUD E.P.S.-S.**

**RESEÑA FÁCTICA**

Manifiesta el accionante que está afiliado a **CAPITAL SALUD E.P.S.-S.** en el régimen subsidiado.

Que tiene secuelas tras una cirugía para la *Epilepsia*, entre ellas, inmovilidad de la parte derecha de su cuerpo, lo que le obliga a permanecer en una silla de ruedas.

Que le fueron formulados medicamentos, consultas con especialistas, terapias, insumos y exámenes, a los cuales no ha podido acceder debido a los copagos y/o cuotas moderadoras, que valen \$500.000 aproximadamente, dado que no tiene recursos para sufragarlos.

Por lo anterior, solicita se amparen sus derechos fundamentales y, en consecuencia, se ordene a la accionada autorizar los medicamentos, consultas con especialistas, terapias,

insumos y exámenes formulados por el médico tratante, sin el cobro del copago y/o cuota moderadora, así como el tratamiento integral.

### **CONTESTACIÓN DE LA ACCIÓN DE TUTELA**

#### **AUDIFARMA S.A.**

La vinculada allegó contestación el 23 de noviembre de 2023, en la que manifiesta que su función principal es la entrega de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, siempre y cuando exista una fórmula médica y/o formato Mipres vigente, y una autorización por parte de la EPS, que cumpla con los requisitos determinados en el acuerdo de servicios.

Que el 16 de noviembre de 2023 no fue posible entregar los medicamentos *BRIVARACETAM TABLETA RECUBIERTA 100 MG* y *BRIVARACETAM TABLETA RECUBIERTA 50 MG* dado que no se contaba con la autorización en el CAF ubicado en la Carrera 24 # 16-26 Sur.

Que el 21 de noviembre de 2023 la EPS generó la autorización, por lo cual el 22 de noviembre de 2023 trató de comunicarse con el accionante para entregar en el domicilio, pero que no fue posible. Que puede reclamarlos en el CAF de la Av. Calle 100 # 19-61.

Que el 23 de octubre de 2023 realizó la entrega de 90 unidades del insumo *Pañal desechable adulto talla L*, y que la próxima entrega se hará el 22 de noviembre de 2023 de manera presencial con solicitud de turno virtual o a través de entrega domiciliaria mediante la APP.

Por lo anterior, solicita su desvinculación.

#### **CAPITAL SALUD E.P.S.-S.**

La accionada allegó contestación el 23 de noviembre de 2023, en la que manifiesta que el accionante es un paciente de 29 años, afiliado en el régimen subsidiado, con Sisbén C2, y con diagnóstico de *Epilepsia y síndromes epilépticos*.

Que a la fecha se han autorizado los servicios médicos que ha requerido.

Que en el régimen subsidiado no se cobran cuotas moderadoras.

Que los copagos deben ser cobrados de forma obligatoria por todas las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

Que la solicitud de exoneración de copagos es improcedente por cuanto sólo procede frente a las personas que se encuentran clasificadas en el Nivel 1 del Sisbén.

Que el actor está clasificado en el Nivel 2 del Sisbén, razón por la cual debe pagar el 10% del costo del servicio.

Que la reclasificación de la encuesta del Sisbén no es del resorte de esa entidad.

Que no es procedente conceder el tratamiento integral, pues no hay motivos que lleven a inferir que la EPS vaya a vulnerar o a negar deliberadamente servicios a futuro.

Por lo anterior, solicita denegar la acción de tutela y desvincularla.

### **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

La vinculada allegó contestación el 23 de noviembre de 2023, en la que manifiesta que el accionante está diagnosticado con *Epilepsia en estudio, probablemente focal, Sospecha clínica de eventos paroxísticos no epilépticos y Trastorno mixto de depresión y ansiedad*.

Que está en manejo multidisciplinario y el 17 de noviembre de 2023 fue valorado por *Psiquiatría*, donde se sugirió continuar el manejo médico, se ordenó seguimiento por psicología y control en 2 meses.

Que el 07 de noviembre de 2023 fue valorado por *Neurología*, ordenándose control en un mes; y que en esa IPS no se oferta el servicio de Consulta con Medicina General Domiciliaria.

Que le programó cita médica de psicología para el 29 de noviembre de 2023, a las 8:30 a.m. en la Unidad de Servicios de Salud ubicada en la Calle 34 Bis A Sur # 91C - 35, consultorio 205, con la Dra. Jessica Stefania Ortiz Torres.

Que le programó terapia física integral para el 04 de diciembre de 2023, a las 12:00 p.m., en el Nuevo Hospital de Bosa ubicado en la Calle 73 Sur # 100 A - 53, con la Dra. Cindy Hernández.

Que las citas fueron confirmadas directamente con el usuario.

Que la entrega de medicamentos, insumos y otras tecnologías de salud formulados por los médicos especialistas, le corresponde exclusivamente a **CAPITAL SALUD E.P.S.-S.**

Que ha garantizado la prestación del servicio de salud al accionante y que los hechos y pretensiones no son de su cargo, ni le son imputables.

Por lo anterior, solicita su desvinculación.

## CONSIDERACIONES

### PROBLEMA JURÍDICO:

(i) ¿Están dadas las condiciones para que **CAPITAL SALUD E.P.S.-S.** exonere a **MICHAEL STIVEN ROA HERRERA** de los copagos de los servicios médicos para tratar su diagnóstico de *epilepsia*? En caso afirmativo, ¿**CAPITAL SALUD E.P.S.-S.** vulneró los derechos fundamentales a la salud y a la vida de **MICHAEL STIVEN ROA HERRERA**, al no exonerarlo de los copagos para la prestación de los servicios ordenados por el médico tratante?; y (ii) ¿Están dadas las condiciones para ordenar el tratamiento integral, a partir de los requisitos señalados por la jurisprudencia?

## MARCO NORMATIVO

Conforme el artículo 86 de la Constitución Política, la acción de tutela es un instrumento judicial de carácter constitucional, subsidiario, residual y autónomo, dirigido a facilitar y permitir el control de los actos u omisiones de todas las autoridades públicas y excepcionalmente de los particulares cuando estos vulneren derechos fundamentales.

Esta acción constitucional puede ser interpuesta por cualquier persona, a fin de obtener la pronta y efectiva defensa de los derechos fundamentales cuando ello resulte urgente para evitar un perjuicio irremediable, o cuando no exista otro medio de defensa judicial.

### DERECHO A LA SALUD

El artículo 48 de la Constitución Política consagra la seguridad social y la define en los siguientes términos: *“es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley”*.

Por su parte, el artículo 49, respecto del derecho a la salud, señala que: *“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 (...)*”.

Al estudiar los complejos problemas que plantean los requerimientos de atención en salud, la Corte Constitucional se ha referido a sus facetas, una como *derecho* y otra como *servicio público* a cargo del Estado<sup>1</sup>. Cada una de estas expresiones implica un ejercicio de valoración particular, en el que se debe tener en cuenta el conjunto de principios que les son aplicables. Así, en cuanto a la salud como derecho, se ha dicho que la misma se relaciona con los mandatos de *continuidad, integralidad e igualdad*; mientras que, respecto a la salud como servicio, se ha advertido que su prestación debe atender a los principios de *eficiencia, universalidad y solidaridad*.

Al enfocarse en el estudio de la primera faceta, en la **Ley Estatutaria 1751 de 2015** el legislador le atribuyó a la salud el carácter de derecho fundamental autónomo e irrenunciable. De igual manera, estableció un precepto general de cobertura al indicar que su acceso debe ser oportuno, eficaz, de calidad y en condiciones de igualdad a todos los servicios, establecimientos y bienes que se requieran para garantizarlo, el cual se cumple mediante la instauración del denominado Sistema de Salud.

La Corte también ha destacado que el citado derecho se compone de unos elementos esenciales que delimitan su contenido dinámico, que fijan límites para su regulación y que le otorgan su razón de ser. Estos elementos se encuentran previstos en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, en los que se vincula su goce pleno y efectivo con el deber del Estado de garantizar su (i) disponibilidad, (ii) aceptabilidad, (iii) accesibilidad y (iv) calidad e idoneidad profesional.

Por otra parte, en lo que atañe a los principios que se vinculan con la faceta de la salud como servicio público, es preciso recurrir a lo previsto en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2016, en donde se mencionan los siguientes: universalidad, equidad, continuidad, oportunidad, progresividad, integralidad, sostenibilidad, libre elección, solidaridad, eficiencia, interculturalidad y protección de grupos poblacionales específicos.

Para efectos de esta sentencia, se ahondará en los *principios de continuidad, oportunidad e integralidad*, los cuales resultan relevantes para resolver el asunto.

---

<sup>1</sup> Sentencias T-134 de 2002 y T-544 de 2002.

El principio de **continuidad** en el servicio implica que la atención en salud no podrá ser suspendida al paciente, cuando se invocan exclusivamente razones de carácter administrativo. Precisamente, la Corte ha sostenido que *“una vez haya sido iniciada la atención en salud, debe garantizarse la continuidad del servicio, de manera que el mismo no sea suspendido o retardado, antes de la recuperación o estabilización del paciente”*<sup>2</sup>. La importancia de este principio radica, primordialmente, en que permite amparar el inicio, desarrollo y terminación de los tratamientos médicos, lo que se ajusta al criterio de integralidad en la prestación<sup>3</sup>.

Por su parte, el principio de **oportunidad** se refiere a *“que el usuario debe gozar de la prestación del servicio en el momento que corresponde para recuperar su salud, sin sufrir mayores dolores y deterioros. Esta característica incluye el derecho al diagnóstico del paciente, el cual es necesario para establecer un dictamen exacto de la enfermedad que padece el usuario, de manera que se brinde el tratamiento adecuado”*<sup>4</sup>. Este principio implica que el paciente debe recibir los medicamentos o cualquier otro servicio médico que requiera a tiempo y en las condiciones que defina el médico tratante, a fin de garantizar la efectividad de los procedimientos médicos<sup>5</sup>.

Finalmente, la Ley Estatutaria de Salud, en el artículo 8, se ocupa de manera individual del principio de **integralidad**, cuya garantía también se orienta a asegurar la efectiva prestación del servicio<sup>6</sup> e implica que el sistema debe brindar condiciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y todo aquello necesario para que el individuo goce del nivel más alto de salud o al menos, padezca el menor sufrimiento posible. En virtud de este principio, se entiende que toda persona tiene el derecho a que se garantice su integridad física y mental en todas las facetas, esto es, antes, durante y después de presentar la enfermedad o patología que lo afecta, de manera integral y sin fragmentaciones<sup>7</sup>.

De esta manera, en consonancia con este principio, sobre las empresas promotoras de salud recae la obligación de no entorpecer los requerimientos médicos con procesos y trámites administrativos que resulten impidiendo a los usuarios el acceso a los medios necesarios para garantizar el derecho a la salud.

<sup>2</sup> Sentencias T-234 de 2013 y T-121 de 2015.

<sup>3</sup> Sentencias T-586 de 2008, T-234 de 2013, T-121 de 2015, T-016 de 2017 y T-448 de 2017.

<sup>4</sup> Sentencia T-460 de 2012, reiterada en la Sentencia T-433 de 2014.

<sup>5</sup> Sentencia T-121 de 2015.

<sup>6</sup> El artículo 8 de la Ley 1751 de 2015 establece lo siguiente: **“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”.

<sup>7</sup> Sentencia T-121 de 2015.

Con todo, es necesario advertir que el concepto de integralidad *“no implica que la atención médica opere de manera absoluta e ilimitada, sino que la misma se encuentra condicionada a lo que establezca el diagnóstico médico”*<sup>8</sup>, razón por la cual, el juez constitucional tiene que valorar -en cada caso concreto- la existencia de dicho diagnóstico, para ordenar, cuando sea del caso, un tratamiento integral<sup>9</sup>.

### **FALTA DE CAPACIDAD DE PAGO DE LOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SALUD PARA SUFRAGAR EL COSTO DE CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS**

El artículo 187 de la Ley 100 de 1993, estableció que los afiliados y beneficiarios del Sistema de Salud deben efectuar el pago de *cuotas moderadoras y copagos*<sup>10</sup>, con el fin de racionalizar el uso de los servicios del Sistema y colaborar con su mantenimiento, contribución que se fundamenta en el principio de solidaridad<sup>11</sup>.

No obstante, la Corte Constitucional ha encontrado que en ciertas situaciones se debe inaplicar la citada norma, teniendo en cuenta las condiciones particulares que se dan en cada caso, de manera que una exigencia normativa *“si bien no es contraria a la Constitución, no puede aplicarse cuando con ella se desconozcan los derechos fundamentales a la vida y a la salud, por lo que la ‘protección y conservación del derecho a la vida escapa a cualquier discusión de carácter legal o contractual’. Bajo estas premisas, si la dignidad humana se encuentra comprometida, las entidades públicas y privadas están obligadas a prestar los servicios de salud a quienes lo soliciten, tengan o no capacidad de pago”*<sup>12</sup>.

Por otra parte, la jurisprudencia constitucional ha sostenido, que los copagos y las cuotas moderadoras no pueden ser una barrera de acceso al Sistema, por lo que no es posible negarle a una persona el servicio de salud basándose en la falta de pago. De ahí que la Corte hubiese concluido que en algunos casos se debe exonerar a los usuarios de la cancelación de cuotas moderadoras y copagos, ya que priman los derechos a la salud, a la vida y a la dignidad humana. Así, por ejemplo, en la Sentencia **T-402 de 2018**, se dijo:

*“En este orden de ideas, es procedente que el operador judicial exima del pago de copagos y cuotas moderadoras cuando:*

*(i) Una persona **necesite un servicio médico y carezca de la capacidad económica para asumir el valor de la cuota moderadora, caso en el cual la entidad encargada***

---

<sup>8</sup> Sentencia T-036 de 2017.

<sup>9</sup> Sentencia T-092 de 2018.

<sup>10</sup> Según el Acuerdo 260 de 2004, por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las *cuotas moderadoras* serán aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los *copagos* se aplicaran única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios.

<sup>11</sup> El literal c) del artículo 2° de la Ley 100 de 1993, establece que el principio de solidaridad es *“la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil (...)”*.

<sup>12</sup> Sentencia T-841 de 2004.

*deberá garantizar al paciente la atención en salud y asumir el 100% del valor correspondiente;*

*(ii) El paciente **requiera un servicio médico y tenga la capacidad económica para asumirlo, pero se halle en dificultad de hacer la erogación correspondiente antes de que éste sea prestado.** En tal supuesto, la EPS deberá garantizar la atención y brindar oportunidades y formas de pago de la cuota moderadora; y*

*iii) Una persona haya sido diagnosticada con una **enfermedad de alto costo** o esté sometida a las **prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas**, casos en los cuales se encuentra legalmente eximida del cubrimiento de la erogación económica.”*

No se controvierte la naturaleza y cobro de los copagos y cuotas moderadoras, puesto que tienen un fin altruista que es el de ayudar al mantenimiento del Sistema; sin embargo, se ha aceptado que, atendiendo a las características económicas como a la gravedad y costo de la enfermedad con su respectivo tratamiento, pueda exonerarse del pago de estas sumas a los usuarios siempre que resulte necesario para la salvaguarda de los derechos fundamentales a la salud, a la vida y al mínimo vital. Al respecto la Sentencia T-760 de 2008 indicó:

*“En conclusión, una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios de salud a una persona, irrespeto su derecho a acceder a éstos, si le exige como condición previa que cancele el pago moderador al que haya lugar en virtud de la reglamentación. La entidad tiene el derecho a que le sean pagadas las sumas de dinero a que haya lugar, pero no a costa del goce efectivo del derecho a la salud de una persona.”<sup>13</sup>*

Para que la acción de tutela se torne procedente en los casos en que se solicita la exoneración de copagos y cuotas moderadoras, la persona debe carecer de recursos para sufragarlos. Como en todo asunto, los hechos deben ser probados, por lo que la falta de capacidad económica debe obedecer a esta regla procesal. Sin embargo, la jurisprudencia constitucional ha fijado unos criterios acerca de sobre quién recae la carga de la prueba de tal hecho. A continuación, se exponen las mencionadas pautas:

*“(i) Sin perjuicio de las demás reglas, 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) Corresponde al juez de tutela 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*

<sup>13</sup> Sentencias T-815 de 2010, T-256 de 2010.

*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;*

*(v) 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.”<sup>14</sup>*

## CASO CONCRETO

El señor **MICHAEL STIVEN ROA HERRERA** presenta acción de tutela con el fin de que se amparen sus derechos fundamentales a la salud y a la vida, presuntamente vulnerados por **CAPITAL SALUD E.P.S.-S.** En consecuencia, pide se ordene autorizar los medicamentos, consultas con especialistas, terapias, insumos y exámenes formulados por el médico tratante, sin el cobro de copagos y/o cuotas moderadoras.

Al contestar la acción de tutela, **CAPITAL SALUD E.P.S.-S** indicó que la exoneración pretendida por el accionante no es procedente, pues, por un lado, éste se encuentra afiliado al régimen subsidiado donde no se cobran cuotas moderadoras y, por otro, la exoneración de copagos únicamente está prevista para las personas que se están clasificadas en el Nivel 1 del Sisbén, y el accionante pertenece al grupo poblacional C2, por lo que debe asumir el 10% del servicio.

Pues bien, respecto del costo de las cuotas moderadoras y los copagos, el artículo 187 de la Ley 100 de 1993 establece que los afiliados y beneficiarios del Sistema de Salud deben efectuar su pago con el fin de racionalizar el uso de los servicios y colaborar con su mantenimiento.

A su turno, el artículo 2.10.4.1. del Decreto 1652 de 202215 define los pagos compartidos o **copagos** como “*un aporte en dinero que corresponde a una parte del valor del servicio demandado con la finalidad de contribuir a financiar el Sistema y están a cargo de los afiliados beneficiarios en el Régimen Contributivo y de los afiliados del Régimen Subsidiado*”; y el artículo 2.10.4.2 señala que las **cuotas moderadoras** son “*un aporte en dinero que corresponde al valor que deben cancelar los afiliados cotizantes y sus beneficiarios del Régimen Contributivo por la utilización de los servicios de salud con el objetivo de racionalizar y estimular el buen uso de estos*”.

<sup>14</sup> Sentencias T-683 de 2003, T-725 de 2010, entre otras.

<sup>15</sup> “Por el cual se adiciona el Título 4 a la parte 10 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la determinación del régimen aplicable para el cobro de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud

De acuerdo con lo anterior, estando acreditado que el accionante se encuentra afiliado al régimen subsidiado en salud con **CAPITAL SALUD E.P.S.-S.** es dable analizar la procedencia de la petición de exoneración de los copagos únicamente, pues las cuotas moderadoras sólo son cobradas a los afiliados cotizantes del régimen contributivo y a sus beneficiarios.

Así las cosas, en contraste con la regla general de que los usuarios deben sufragar tales costos en aras de contribuir con el Sistema de Salud, la jurisprudencia constitucional ha aceptado que su pago se puede obviar en tres eventos: (i) que el usuario *necesite* la prestación de un servicio de salud y carezca de la capacidad económica para asumir el costo; (ii) que el usuario *requiera* un servicio médico y tenga la capacidad económica para asumirlo, pero no pueda sufragarlo antes de que le sea prestado; y (iii) cuando se trate de pacientes con *enfermedades de alto costo* o sometidos a prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas.

Sobre este último, ha enfatizado, además, que toda persona que padezca una enfermedad calificada como de *alto costo, catastrófica o huérfana*, se encuentra eximida de la obligación de realizar el aporte de copagos o cuotas moderadoras, con independencia de si se encuentra inscrito en el régimen contributivo o en el subsidiado<sup>16</sup>. Y ha señalado que, dichas enfermedades son las enlistadas en la **Resolución 3974 de 2009**, debiéndose incluir: los procedimientos, eventos o servicios que se han considerado como tales en las Resoluciones 5221 de 2013 y 6408 de 2016.

Particularmente, en el artículo 1º de la Resolución 3974 de 2009<sup>17</sup>, se establecen como enfermedades de *alto costo*, las siguientes:

- a) *Cáncer de cérvix*
- b) *Cáncer de mama*
- c) *Cáncer de estómago*
- d) *Cáncer de colon y recto*
- e) *Cáncer de próstata*
- f) *Leucemia linfoide aguda*
- g) *Leucemia mieloide aguda*
- h) *Linfoma hodgkin*
- i) *Linfoma no hodgkin*
- j) *Epilepsia***
- k) *Artritis reumatoidea*
- l) *Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).*"

En consonancia con lo anterior, en la Sentencia T-894 de 2013, la Corte Constitucional reconoció la exoneración del cobro de copagos a un paciente diagnosticado con ***Epilepsia***, bajo la siguiente conclusión:

<sup>16</sup> Sentencias T-399 de 2017 y T-402 de 2018.

<sup>17</sup> Por la cual se adoptan unas determinaciones en relación con la Cuenta de Alto Costo.

*“Dicho lo anterior, y para la resolución de este caso concreto, se concluye que estando la epilepsia incluida dentro de las enfermedades descritas en el artículo 1º de la Resolución 3974 de 2009 como catastróficas o de alto costo, los pacientes con este trastorno mental están exentos de copagos en su tratamiento en virtud de lo previsto en el artículo 7º del Acuerdo 260 de 2004.” (Subrayas fuera del texto)*

De otro lado, la **Ley 1414 de 2010**<sup>18</sup> creada con la finalidad de “*garantizar la protección y atención integral de las personas que padecen epilepsia*”, en su artículo 12 establece que el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social), llevará a cabo las acciones necesarias para dar cumplimiento al objeto de esa Ley, especialmente las que tienen que ver con:

*“7. Asegurar a los pacientes carentes de recursos económicos, con y sin cobertura médico asistencial, beneficiarios o no del Sisbén 1, 2 y 3; la asistencia médica integral y oportuna, en los términos de la presente ley, así como también, el tratamiento integral de forma gratuita de la medicación requerida y la intervención quirúrgica a las personas que no puedan asumirla por su condición económica.” (Subrayas fuera del texto)*

En desarrollo de lo anterior, se expidió el **Decreto 1652 de 2022**, por medio del cual se adicionó el Título 4 a la Parte 10 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, relativo a la determinación del régimen aplicable para el cobro de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras a los afiliados al Sistema de Salud, disponiendo:

**“Artículo 2.10.4.9. Excepción del cobro de cuotas moderadoras y copagos para grupos o poblaciones especiales.** Además de las excepciones señaladas en los artículos 2.10.4.6 y 2.10.4.8 del presente decreto, se exceptúa del cobro de cuotas moderadoras y copagos, según corresponda, a los siguientes grupos poblacionales especiales:

1. En el Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado, se exceptúa:

(...)

1.13. Las personas que padecen **epilepsia** a quienes se les garantiza el tratamiento integral de forma gratuita cuando no puedan asumirlo por su condición económica, estarán exceptuados del cobro de cuotas moderadoras y copagos, según lo dispuesto en el artículo 12, numeral 7 de la Ley 1414 de 2010 o las normas que los modifiquen o sustituyan.” (Subrayas fuera del texto)

De acuerdo con el marco jurisprudencial, legal y reglamentario, es dable concluir que los pacientes diagnosticados con **Epilepsia** tienen derecho a ser exonerados del cobro de copagos para recibir la atención definida por el médico tratante, cuando no cuenten con los recursos económicos para asumirlos, independientemente si están clasificados en el Sisbén 1, 2 y 3, conforme lo prevé el numeral 7 del artículo 12 de la Ley 1414 de 2010.

Descendiendo al caso concreto, se encuentra probado con las documentales obrantes en el plenario, que el señor **MICHAEL STIVEN ROA HERRERA** está afiliado a **CAPITAL SALUD**

<sup>18</sup> “Por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia, se dictan los principios y lineamientos para su atención integral.”

**E.P.S.-S.** en el régimen subsidiado como cabeza de familia, y que ha sido diagnosticado con: *“G401 – Epilepsia y Síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones (focales) (parciales)” y “G409 – Epilepsia, tipo no especificado”.*

Igualmente, en la historia clínica del 07 de noviembre de 2023 se lee el siguiente registro<sup>19</sup>:

*“El paciente tiene 27 años y diagnóstico de: 1. Epilepsia focal 2. Lobectomía frontal mesial izquierda en octubre de 2023. 3. Trastorno afectivo (...) S: el 06 de octubre se realizó la cirugía luego del implante con SEEG. Se realizó una lobectomía frontal mesial izquierda que dejó una paresia del hemicuerpo derecho que ha venido recuperando progresivamente y que parece estar en el contexto de un síndrome posquirúrgico de área motora suplementaria. (...)”*

También se encuentra acreditado, que al señor **MICHAEL STIVEN ROA HERRERA** se le ordenaron distintos servicios de salud con ocasión del diagnóstico de **Epilepsia**, así:

- 19 de octubre de 2023<sup>20</sup>:

DATOS DEL PACIENTE						
Documento de Identificación: CC1010166862	Primer Apellido: ROA	Segundo Apellido: HERRERA	Primer Nombre: MICHAEL	Segundo Nombre: STIVEN		
Número Historia Clínica: 1010166862	Diagnóstico Principal: G401 EPILEPSIA Y SÍNDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES)(PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES SIMPLES		Usuario Régimen: SUBSIDIADO	Ambito atención: AMBULATORIO - PRIORIZADO		
SERVICIOS COMPLEMENTARIOS						
Tipo prestación	Servicio Complementario	Indicaciones/Recomendaciones	Cantidad	Frecuencia Uso	Duración Tratamiento (Cantidad - Periodo)	Cantidad Total
SUCESIVA	PAÑALES	UN PAÑAL PARA ADULTO TALLA L CADA 8 HORAS POR 90 DÍAS. PAÑALES PARA ADULTO, TALLA L, PARA USO DIARIO.	1	8 HORA(S)	90 DÍA(S)	270

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS:					
Servicio:	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	Cantidad:	90	Estado: Rutinario
Código CUPS	931001	Observaciones:	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL DOMICILIARIA DIARIA - PACIENTE CON HEMIPARESIA POSTQUIRÚRGICA, SÍNDROME DEL ÁREA PREMOTORA, REQUIERE TERAPIAS DE FORMA DOMICILIARIA, SIN POSIBILIDAD DE MOVILIZACIÓN AMBULATORIA		
LISTADO DE DIAGNOSTICOS					
CODIGO	DESCRIPCION	TIPO DIAGNOSTICO	PRINCIPAL	DE INGRESO	DE EGRESO
G401	EPILEPSIA Y SÍNDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES)	Presuntivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

- 07 de noviembre de 2023<sup>21</sup>:

DIAGNOSTICOS			
Código	Nombre	Tipo	Principal Dx Ingreso Dx Egreso
G401	EPILEPSIA Y SÍNDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES)	Presuntivo	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Observación			
PLAN DE TRATAMIENTO			
Cantidad	Nombre	Observacion	
90	LACOSAMIDA 100MG TABLETA	Tomar 1 tableta en la noche.	
180	LACOSAMIDA 200 MG TABLETA RECUBIERTA	Tomar 1 tableta cada 12 horas.	
30	SERTRALINA 50 MG TABLETA	Tomar 1 tableta en la mañana.	
40	TRAZODONA 50 MG TABLETA	Tomar 1 en la noche. Entregar 2 cajas de 20 tabletas.	
60	MELATONINA 3 MG CAPSULAS	Tomar 2 cápsulas en la noche.	
180	BRIVARACETAM tabletas de 100 mg	Tomar 1 tableta en la mañana y 1 tableta en la noche. Entregar 180 tabletas para 3 meses de tratamiento.	
60	CLOBAZAM 20 MG TABLETA	Tomar 1 cada 12 horas.	
30	ENOXAPARINA 40MG/0.4ML INYECCION SUBCUTANEA JERINGA X 0.4ML	Aplicar 1 ampolla subcutánea al día.	
PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS			
Nombre	Cantidad	Observacion	
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	1	Valoración con Dr. Daniel Arias, psiquiatra del programa de epilepsia. PRIORITARIA.	
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	1	Valoración por medicina domiciliaria.	
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	1	Control en 1 mes con Dr. Camilo Espinosa para REFORMULACIÓN. Consulta de epilepsia de 20 minutos. Código 332-14.	

<sup>19</sup> Página 25 del archivo pdf 01Accion Tutela

<sup>20</sup> Páginas 16 y 35 ibidem

<sup>21</sup> Páginas 14, 20, 23, 24, 32 y 36 ibidem

Conforme a ello, se constata que el accionante presenta un diagnóstico cuyo tratamiento sí es susceptible de ser exonerado del cobro de copagos.

Ahora bien, tal como lo prevén las normas transcritas y la jurisprudencia constitucional, para que la acción de tutela se torne procedente frente a la exoneración de copagos y cuotas moderadoras, la persona debe carecer de recursos para sufragarlos, hecho que puede ser probado, conforme a los criterios que ha fijado la Corte Constitucional, así:

*“(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;*

*(...)*

*(v) 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.”*

Teniendo en cuenta lo anterior, observa el Despacho que en los hechos 2 y 3 de la acción de tutela el señor **MICHAEL STIVEN ROA HERRERA** manifiesta no contar con los recursos económicos para sufragar los copagos que ascienden aproximadamente a \$500.000, pues vive en condiciones de pobreza extrema, su madre trabaja por días en labores de aseo, y el dinero que devenga sólo alcanza para el pago de arriendo, servicios públicos y transporte.

Aplicando el parámetro jurisprudencial en cita, es dable tener por ciertos los hechos narrados por el actor, por cuanto: (i) debe darse aplicación al principio de buena fe; y (ii) pese a que el actor no aportó documental que respalde su dicho, **CAPITAL SALUD E.P.S.-S.**, teniendo la carga de hacerlo, no desvirtuó tales manifestaciones.

Así las cosas, se encuentran acreditados los supuestos legales y jurisprudenciales para que el señor **MICHAEL STIVEN ROA HERRERA** sea beneficiado con la exoneración de los copagos asociados al tratamiento de la patología de ***Epilepsia***.

En consecuencia, se concederá el amparo y se ordenará a **CAPITAL SALUD E.P.S.-S.** que, en lo sucesivo, se abstenga de realizar cobros por concepto de copagos para la prestación de servicios y tecnologías de salud que le sean ordenados al señor **MICHAEL STIVEN ROA HERRERA** para el tratamiento del diagnóstico: ***Epilepsia***. Esta orden operará única y exclusivamente para servicios de salud que tengan como diagnóstico: ***Epilepsia***, y mientras subsista la situación económica que originó la protección constitucional del accionante. Esta directriz la deberá comunicar **CAPITAL SALUD E.P.S.-S.** a las IPS a través de las cuales autorice la prestación de servicios de salud al accionante, para que dicho cobro no sea realizado.

Ahora bien, en lo que respecta a los medicamentos, consulta de neurología, consulta de medicina general domiciliaria – salud mental, terapia física integral, pañal adulto talla L, consulta de psiquiatría, consulta de psicología y exámenes, a los cuales no ha podido acceder el accionante por la falta de recursos para sufragar el valor del copago, **CAPITAL SALUD E.P.S.-S.** deberá garantizar su prestación sin exigir el copago siempre y cuando hayan sido ordenados por el diagnóstico de *Epilepsia*, conforme las consideraciones de esta providencia.

Finalmente, le compete al Despacho verificar si en el caso bajo examen se acreditan los requisitos que permiten otorgar el **tratamiento integral**.

Sobre este punto, la Corte Constitucional ha señalado que el juez de tutela debe ordenar el suministro de todos los servicios médicos que sean necesarios para conservar o restablecer la salud del paciente, cuando la entidad encargada de ello no ha actuado con diligencia y ha puesto en riesgo los derechos fundamentales del paciente<sup>22</sup>, siempre que exista claridad sobre el tratamiento a seguir, a partir de lo dispuesto por el médico tratante.

Lo anterior ocurre, por una parte, porque no es posible para el juez decretar un mandato futuro e incierto, pues los fallos judiciales deben ser determinables e individualizables; y por la otra, porque en caso de no puntualizarse la orden de tratamiento integral, se estaría presumiendo la mala fe de la entidad promotora de salud, en relación con el cumplimiento de sus deberes y obligaciones para con sus afiliados, en contravía del mandato previsto en el artículo 83 de la Constitución Política<sup>23</sup>.

En el caso concreto, encuentra el Despacho que, ni de las pruebas obrantes en el expediente, ni de lo dicho por las partes, se advierte que exista una negación a consultas, procedimientos o medicamentos, pues la controversia surgida entre las partes radica únicamente en la exoneración de copagos. En ese orden, no es posible conceder el amparo y ordenar el suministro de un tratamiento integral a partir de suposiciones sobre hechos futuros e inciertos, o con el fin de precaver hipotéticas vulneraciones a los derechos fundamentales invocados por el accionante.

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO OCTAVO DE PEQUEÑAS CAUSAS LABORALES DE BOGOTÁ D.C.**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley:

---

<sup>22</sup> Sentencias T-702 de 2007 y T-727 de 2011.

<sup>23</sup> Sentencia T-092 de 2018.

## RESUELVE

**PRIMERO: AMPARAR** los derechos fundamentales a la salud y a la vida de **MICHAEL STIVEN ROA HERRERA**, por lo expuesto en la parte considerativa de esta providencia.

**SEGUNDO: ORDENAR** a **CAPITAL SALUD E.P.S.-S.** que, en lo sucesivo, se abstenga de realizar cobros por concepto de copagos para la prestación de servicios y tecnologías de salud que le sean ordenados al señor **MICHAEL STIVEN ROA HERRERA** para el tratamiento del diagnóstico: *Epilepsia*. Esta orden operará única y exclusivamente para servicios de salud que tengan como diagnóstico: *Epilepsia*, y mientras subsista la situación económica que originó la protección constitucional del accionante. Esta directriz la deberá comunicar **CAPITAL SALUD E.P.S.-S.** a las IPS a través de las cuales autorice la prestación de servicios de salud al señor **MICHAEL STIVEN ROA HERRERA**, para que dicho cobro no sea realizado.

**TERCERO: NEGAR** la acción de tutela frente a la solicitud de *tratamiento integral*, por las razones expuestas en la parte motiva de la presente providencia.

**CUARTO:** Notifíquese a las partes por el medio más eficaz y expedito, advirtiéndoles que cuentan con el término de tres (3) días hábiles para impugnar esta providencia, contados a partir del día siguiente de su notificación.

La impugnación deberá ser remitida al email: [j08lpcbta@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j08lpcbta@cendoj.ramajudicial.gov.co)

**QUINTO:** En caso que la presente sentencia no sea impugnada, por Secretaría remítase el expediente a la Corte Constitucional para que surta el trámite eventual de revisión. Una vez sea devuelta de la Corte Constitucional, tras haber sido excluida de revisión, archívese.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.**

  
DIANA FERNANDA ERASSO FUERTES  
JUEZ