



JUZGADO CATORCE CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD DE MEDELLÍN
Medellín, once (11) de marzo de dos mil veintidós (2022)

PROCESO	Acción de Tutela
ACCIONANTE	ALVIRIAM HERRERA OCAMPO
ACCIONADO	EPS SAVIA SALUD
PROCEDENCIA	Reparto
RADICADO	Nº 05001 40 03 014 2022 00234 00
INSTANCIA	Primera
TEMAS Y SUBTEMAS	derechos a la vida, la salud y la dignidad humana concede tutela
DECISIÓN	Concede Tutela, exonera de copagos y no concede integral
AUTO No	078

Procede el Despacho a emitir fallo dentro de la ACCION DE TUTELA, que promovió, la señora **ALVIRIAM HERRERA OCAMPO** contra de **EPS SAVIA SALUD**, por la presunta vulneración de sus derechos fundamentales a la salud y la dignidad humana.

I. ANTECEDENTES

1.1 Supuestos facticos. - Manifestó que es paciente con diagnóstico de MASA NO ESPECIFICA EN LA MAMA por lo cual el médico tratante le ordeno CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA DE MASTOLOGÍA.

1.2 Tramite. - Admitida la solicitud de tutela el 04 de marzo hogaño, se vincula a SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA, METROSALUD, HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN, se ordenó la notificación a la accionada y vinculadas.

1.2.1 METROSALUD, manifestó que, Así las cosas, se informa al Despacho que revisados los registros de nuestras bases de datos clínicos, la señora Alviriam Herrera Ocampo, ha venido siendo atendida en nuestra Institución, siendo la fecha de su

última atención en salud el día 21 de febrero de 2022, en la Unidad Hospitalaria de Manrique, presentado como diagnóstico "Trastornos inflamatorios de la mama", por lo cual el médico tratante determinó necesario dejarla hospitalizada para valoración por la especialidad de Ginecología y dada la evolución clínica de la paciente, remitir para valoración por la especialidad de Mastología en IPS de tercer nivel de complejidad, lo cual fue infructuoso debido a la no disponibilidad a la Red Pública de SAVIA SALUD, egresando de la Institución mediante alta voluntaria el día 25 de febrero de 2022. Lo anterior de acuerdo con su Historia Clínica:

Debido a lo anterior, la paciente fue comentada ante su asegurador en salud a saber SAVIA SALUD E.P.S., con el fin de recibir la atención en salud que requería por la especialidad de Mastología que requiere, en un mayor nivel de complejidad, tal y como se evidencia en su historia clínica. No obstante lo anterior, pese a que se encuentra en curso la presente acción constitucional, continua pendiente la validación y cubrimiento de las atenciones en salud de la señora Alviriam Herrera Ocampo; pues nuestra Institución debido al nivel de complejidad que requiere, solo puede brindarle las atenciones médicas que debido al nivel de complejidad tiene a su alcance, conforme a nuestro portafolio y habilitación de servicios, habida cuenta que no contamos con dichos servicios habilitados, ni contamos con los equipos biomédicos requeridos para el tratamiento terapéutico, situación de la cual tiene conocimiento la paciente y su asegurador en salud.

1.2.2 La SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA, manifestó que, De acuerdo con la base de datos única de afiliados ADRES, la señora ELVIRIAM HERRERA OCAMPO, identificada con Cedula de Ciudadanía No 1.036.840.422, aparece como CABEZA DE FAMILIA del Régimen SUBSIDIADO en Salud, y figura como afiliado (a) ACTIVO a ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.S. "SAVIA SALUD EPS" Desde el 24 de enero de 2014 hasta la fecha. Anexo pantallazo.

Por lo cual ORDENARLE a SAVIA SALUD E.P.S. garantizar las atenciones en salud que requiere la tutelante de MANERA INTEGRAL estando contempladas, o no cubiertas, dentro del Plan de Beneficios en Salud, toda vez que, ante el sistema, el aseguramiento de la tutelante está a su cargo, por lo tanto, es la competente y/o

obligada, a darle continuidad a los servicios de salud que esta requiere para el manejo de su diagnóstico.

1.2.3 EPS SAVIA SALUD manifestó que, se informa al Despacho que, efectivamente la señora ALVIRIAM HERRERA OCAMPO, identificada con CC 1036840422, es beneficiaria del régimen subsidiado de la EPS Savia Salud, quien según soportes clínicos anexos fue diagnosticada con:

- N61X TRASTORNOS INFLAMATORIOS DE LA MANA. Por lo que solicita el servicio de salud denominado CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGÍA.

Se indica a la Honorable Judicatura que, no es la intención de la ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS SAS poner en riesgo la salud del paciente, por lo que, en aras de darle trámite de manera oportuna a la presente acción constitucional, le informo al Despacho que los servicios solicitados se encuentran autorizados y programados de la siguiente manera:

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGIA, autorizada con NUA 17004206, direccionada para ASOCIACIÓN MEDELLÍN DE LUCHA CONTRA EL CANCER MEDICANCER y programada para el 04 de abril de 2022, a las 08:00 AM.

Respecto a la otra pretensión de la parte actora, consistente en que se le brinde tratamiento integral para su patología, se solicitará al despacho no acceder a la misma, teniendo en consideración que no es procedente dictar órdenes indeterminadas ni reconocer prestaciones futuras e inciertas; pues lo contrario implicaría presumir la mala fe la de esta entidad en relación con el cumplimiento de los deberes y las obligaciones con nuestros afiliados.

En nombre de "SAVIA SALUD EPS" me opongo a que se acceda a lo pretendido en la acción constitucional impetrada con relación a este tipo de exoneración por carecer de sustento tanto en los hechos como en el derecho ya que el usuario se encuentra exonerado legalmente del pago de los copagos, por estar clasificado en el Nivel 1 del Sisbén. Por otro lado se encuentran las CUOTAS DE RECUPERACIÓN, vale decir que estos son otros pagos que si se le generan al usuario por servicios no

cubiertos en el PBS y son equivalentes al 10% del valor de los mismos, y la EPS no tiene injerencia en ello, por lo tanto es decisión de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, Ministerio de Salud y Protección Social y la Administradora de los Recursos del SGSSS –ADRES, responsable de la cuenta objeto a la cual se le solicita la exoneración de la cuota de recuperación, que es recaudado por el mismo a través de las respectivas IPS, de acuerdo con la normatividad vigente contenida en el numeral 4º, artículo 18 del Decreto 2357 de 1995, que a su tenor literal reza.

1.2.4 El HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN manifestó que, asignó cita DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGÍA para el 15 de marzo de 2022, servicio que requiere ser autorizado por parte del asegurador.

II. CONSIDERACIONES

2.1. Competencia. - Esta agencia judicial es competente para conocer y fallar de acuerdo con lo preceptuado en los artículos 86 de la Constitución Nacional, art. 37 del Decreto 2591 de 1991 y el inciso 2º, numeral 1º del artículo 1º del Decreto 1382 de 2000.

2.2. Problema jurídico. - Corresponde determinar si las entidades de salud accionadas están vulnerando a ALVIRIAM HERRERA OCAMPO los derechos fundamentales invocados al no programar la CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGÍA y exonerarle de copagos.

2.3. Marco Normativo aplicable. - Constitución Política: Arts. 1, 2, 11, 48, 49, 86, 228, 230. Decreto 2591 de 1991: Arts. 1, 5, 10, 23, 27, 29, 42. Decreto 306 de 1992: Arts. 4 y 6. Decreto 1382 de 2000.

2.4. De la acción de tutela - La acción de tutela conforme al artículo 86 de la Carta Política de 1991, es un mecanismo de protección de carácter residual y subsidiario que puede ser utilizado ante la vulneración o amenaza de derechos fundamentales, cuando no exista otro medio idóneo para la protección de los derechos invocados, o cuando existiendo otro medio de defensa judicial, se requiera

acudir al amparo constitucional como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable (artículo 8 del Decreto 2591 de 1991).

La naturaleza subsidiaria y excepcional de la acción de tutela, permite reconocer la validez de los medios y recursos ordinarios de protección judicial, como mecanismos legítimos y prevalentes para la salvaguarda de los derechos. De manera que, al existir estos mecanismos, los ciudadanos se encuentran obligados a acudir de manera preferente a ellos, cuando son conducentes para conferir una eficaz protección constitucional. De allí que quien alega la afectación de sus derechos debe agotar los medios de defensa disponibles por la legislación para el efecto, exigencia ésta que se funda en el principio de subsidiariedad de la tutela descrita, que pretende asegurar que una acción tan expedita no sea considerada en sí misma una instancia más en el trámite jurisdiccional, ni un mecanismo de defensa que reemplace aquellos diseñados por el legislador, y menos aún, un camino excepcional para solucionar errores u omisiones de las partes.

2.5. Sobre el Derecho a la vida digna y la seguridad social y la salud. La Corte Constitucional ha reiterado, que la tutela no solo procede para proteger el derecho a la vida reducida a su simple existencia biológica, sino que esta debe entenderse dentro de una dimensión más amplia, que comprenda una vida digna, Lo anterior por cuanto se ha estimado que el derecho a la vida en sí mismo considerado, no es un concepto restrictivo que se limita a la idea reducida de peligro de muerte, sino que se extiende a la posibilidad concreta de recuperación y mejoramiento de las condiciones de salud, en la medida en que ello sea posible, cuando estas condiciones se encuentran debilitadas o lesionadas y afecten la calidad de vida de las personas o las condiciones necesarias para garantizar a cada quien, una existencia digna.

La Seguridad Social es reconocida en nuestro ordenamiento jurídico como un derecho constitucional fundamental. De esta manera, los artículos 48 y 49 de --- Carta Política establecen la seguridad social, por un lado, como un derecho irrenunciable, y, por otro lado, como un servicio público, de tal manera que, por la estructura de este derecho, es el Estado el obligado a dirigir, coordinar y controlar su efectiva ejecución.

La protección que le otorga el ordenamiento constitucional al derecho a la seguridad social se complementa y fortalece por lo dispuesto en el ámbito internacional pues son varios los instrumentos internacionales que reconocen el derecho de las personas a la seguridad social.

De este modo, la Corte Constitucional ha establecido que la acción de tutela es procedente para proteger el suministro de los servicios médicos que se requieren con necesidad, es decir, aquellos "indispensables para conservar su salud, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal o su dignidad". De forma que se "garantiza a toda persona, por lo menos, el acceso a los servicios de salud de los cuales depende su mínimo vital y su dignidad como persona".

El artículo 49 de la Carta Política consagra la salud como un valor con doble connotación: por un lado, se constituye en un derecho constitucional y, por otro, en un servicio público de carácter esencial. De esta forma, establece la obligación a cargo del Estado de garantizar a todas las personas la atención que requieran, así como la potestad que tienen las personas de exigir el acceso a los programas de promoción, protección y recuperación.

A partir de dicha disposición, la Corte Constitucional ha reconocido, en reiterada jurisprudencia, que el derecho a la salud es fundamental y "comprende toda una gama de facilidades, bienes y servicios que hacen posible, de acuerdo al mandato contenido en diversos instrumentos internacionales, el imperativo de garantizar el nivel más alto posible de salud".

De este modo, la Corte Constitucional ha establecido que la acción de tutela es procedente para proteger el suministro de los servicios médicos que se requieren con necesidad, es decir, aquellos "indispensables para conservar su salud, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal o su dignidad". De forma que se "garantiza a toda persona, por lo menos, el acceso a los servicios de salud de los cuales depende"

2.6.- LA IMPOSICIÓN DE BARRERAS ADMINISTRATIVAS Y LA VIOLACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD. En sentencia T-188 de 2013, la Corte Constitucional, M.P. Mauricio González Cuervo, manifestó:

En la Constitución de 1991 el derecho a la salud está regulado en el capítulo que versa sobre los derechos económicos, sociales y culturales. A su vez, en el artículo 44 de este capítulo, el constituyente consagró la salud y la seguridad social como un derecho fundamental de los niños.

La Corte Constitucional ha establecido que el derecho a la salud debe ser prestado en términos de eficiencia, oportunidad y calidad, es decir que las entidades prestadoras del servicio de salud vulneran este derecho cuando le imponen al usuario cumplir con excesivos trámites administrativos los cuales postergan la adecuada prestación del servicio sin justificación constitucionalmente razonable. En este sentido la sentencia T-246 de 2010 cita la regla jurisprudencial establecida en la sentencia T-760 de 2008, así:

"(...) que la prestación del servicio de salud debe ser eficiente, oportuna y con calidad. Primordialmente, este componente del derecho se desconoce cuando la negación para la autorización de un servicio incluido o no en el POS es justificada por parte de la EPS, debido a la falta de realización de trámites administrativos que, desde una perspectiva constitucional, carecen de razonabilidad puesto que son excesivos, demorados y engorrosos. Si bien puede exigirse llevar a cabo algunas formalidades administrativas, estas no pueden llegar al punto de obstaculizar y amenazar el goce de la vida y la integridad personal de quien requiere el servicio".

En este orden de ideas, es razonable que para la prestación de algún servicio médico el paciente tenga que cumplir con algunos trámites administrativos, pero lo que resulta inadmisibles es que dichos trámites sean excesivamente demorados y que además le impongan una carga al usuario que no está en condiciones y que no le corresponde asumir, al respecto la Corte ha dicho:

"La jurisprudencia constitucional ha garantizado el derecho a acceder a los servicios de salud, libre de obstáculos burocráticos y administrativos. Así, por ejemplo, cuando por razones de carácter administrativo diferentes a las razonables de una administración diligente, una EPS demora un tratamiento médico al cual la persona tiene derecho, viola el derecho a la salud de ésta. Los trámites burocráticos y

administrativos que demoran irrazonablemente el acceso a un servicio de salud al que tienen derecho, irrespetan el derecho a la salud de las personas.

Expresamente, la regulación ha señalado que "(...) los trámites de verificación y autorización de servicios no podrán ser trasladados al usuario y serán de carga exclusiva de la institución prestadora de servicios y de la entidad de aseguramiento correspondiente." En especial, se ha considerado que se irrespetan el derecho a la salud de los pacientes cuando se les niega el acceso a un servicio por no haber realizado un trámite interno que corresponde a la propia entidad, como por ejemplo, 'la solicitud de la autorización de un servicio de salud no incluido dentro del POS al Comité Técnico Científico'.

La jurisprudencia de esta Corte al analizar las diferentes vulneraciones al derecho a la salud, ha evidenciado que los usuarios se tienen que enfrentar a múltiples trabas administrativas y burocráticas para poder acceder a la prestación del servicio de salud.

Estas barreras atrasan la prestación del servicio, aumentan el sufrimiento de las personas y muchas veces tiene consecuencias graves en la salud de los usuarios, como las siguientes: a) Prolongación del sufrimiento, que consiste en la angustia emocional que les produce a las personas tener que esperar demasiado tiempo para ser atendidas y recibir tratamiento; b) Complicaciones médicas del estado de Salud, esto se debe a que la persona ha tenido que esperar mucho tiempo para recibir la atención efectiva, lo cual se refleja en el estado de salud debido a que la condición médica empeora; c) Daño permanente, cuando ha pasado demasiado tiempo entre el momento en que la persona acude al servicio de salud y hasta el momento en que recibe la atención efectiva, empeorando el estado de salud y por lo tanto generándole una consecuencia permanente o de largo plazo; d) Discapacidad permanente, se da cuando el tiempo transcurrido es tal entre el momento que el paciente solicita la atención y hasta cuando la recibe, que la persona se vuelve discapacitada; e) Muerte, esta es la peor de las consecuencias, y se puede dar cuando la falta de atención pronta y efectiva se tarda tanto que reduce las posibilidades de sobrevivir o cuando el paciente necesita de manera urgente ser atendido y por alguna circunstancia el servicio es negado.

Sin duda alguna la imposición de barreras administrativas y burocráticas, que impiden la prestación, pronta, adecuada y efectiva del servicio de salud tiene consecuencias perjudiciales en la salud de las personas, y en la medida en que las

condiciones del paciente empeoren, necesitará una mejor atención o la prestación de servicios de mayor complejidad, lo que implicará una erogación económica mayor a la inicialmente requerida de haberse prestado el servicio de manera oportuna y con calidad.”

2.7 LA NATURALEZA JURÍDICA DE LOS COPAGOS Y DE LAS CUOTAS MODERADORAS Y LAS HIPÓTESIS EN LAS QUE PROCEDE SU EXONERACIÓN Sentencia T 402 de 2018.

El artículo 187 de la Ley 100 de 1993, por medio de la cual se regula el Sistema de Seguridad Social Integral, establece la existencia de *pagos moderadores*, los cuales tienen por objeto racionalizar y sostener el uso del sistema de salud. Esta misma norma aclara que dichos pagos deberán estipularse de conformidad con la situación socioeconómica de los usuarios del Sistema, pues bajo ninguna circunstancia pueden convertirse en barreras de acceso al servicio de salud.

La Corte Constitucional precisó que “*la exequibilidad del cobro de las cuotas moderadoras tendrá que sujetarse a la condición de que con éste nunca se impida a las personas el acceso a los servicios de salud; de tal forma que, si el usuario del servicio -afiliado cotizante o sus beneficiarios- al momento de requerirlo no dispone de los recursos económicos para cancelarlas o controvierte la validez de su exigencia, el Sistema y sus funcionarios no le pueden negar la prestación íntegra y adecuada*”.^[59] De modo que, cuando una persona no tiene los recursos económicos para cancelar el monto de los pagos o cuotas moderadoras, la exigencia de las mismas limita su acceso a los servicios de salud, lo cual va en contravía de los principios que deben regir la prestación del servicio.^[60]

Como desarrollo de lo establecido en la Ley 100 de 1993, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud expidió el Acuerdo 260 de 2004, en el que se definió el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El mencionado Acuerdo se encargó de establecer: (i) las clases de pagos moderadores, (ii) el objeto de su recaudo, (iii) la manera cómo estos se fijan y (iv) las excepciones a su pago.

En relación con las clases de pagos, dicho Acuerdo en su artículo 3º estableció la diferencia entre las *cuotas moderadoras* y los *copagos*. Señaló que las primeras son

aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los segundos se aplican única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios.

Al respecto, esta Corporación ha reconocido que el establecimiento de las cuotas moderadoras, atiende el propósito de racionalizar el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de los afiliados y sus beneficiarios, evitando desgastes innecesarios en la prestación del servicio, y, de otro lado, con los copagos aplicables a los beneficiarios, pretende que una vez se haya ordenado la práctica de algún servicio médico, se realice una contribución, de conformidad con un porcentaje establecido por la autoridad competente y acorde a la capacidad económica del usuario, con la finalidad de generar financiación al Sistema y proteger su sostenibilidad.^[61]

De otro lado, el artículo 5º del Acuerdo 260 de 2004 se encarga de enunciar los principios que deben respetarse para fijar los montos que se deben cancelar por concepto de cuotas moderadoras y copagos, a saber:

- “1. Equidad. Las cuotas moderadoras y los copagos en ningún caso pueden convertirse en una barrera para el acceso a los servicios, ni ser utilizados para discriminar la población en razón de su riesgo de enfermar y morir, derivado de sus condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales.
2. Información al usuario. Las Entidades Promotoras de Salud deberán informar ampliamente al usuario sobre la existencia, el monto y los mecanismos de aplicación y cobro de cuotas moderadoras y copagos, a que estará sujeto en la respectiva entidad. En todo caso, las entidades deberán publicar su sistema de cuotas moderadoras y copagos anualmente en un diario de amplia circulación.
3. Aplicación general. Las Entidades Promotoras de Salud, aplicarán sin discriminación alguna a todos los usuarios tanto los copagos como las cuotas moderadoras establecidos, de conformidad con lo dispuesto en el presente acuerdo.
4. No simultaneidad. En ningún caso podrán aplicarse simultáneamente para un mismo servicio copagos y cuotas moderadoras.”^[62]

Por su parte, el artículo 4º del citado Acuerdo dispone que las cuotas moderadoras y los copagos se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante. Particularmente, en el artículo 9º se especifican las condiciones

propias de los copagos, que son los que tienen relevancia en los casos objeto de estudio. Al respecto, se establece que el valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes, de acuerdo con los parámetros que, para cada evento, se fijan en la misma disposición.^[63]

Ahora bien, el precitado Acuerdo, en su artículo 7º, hace referencia a las excepciones a la cancelación de copagos de la siguiente forma:

"Artículo 7º. Servicios sujetos al cobro de copagos. Deberán aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, con excepción de: 1. Servicios de promoción y prevención. // 2. Programas de control en atención materno infantil. // 3. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles. // 4. Enfermedades catastróficas o de alto costo. // 5. La atención inicial de urgencias. // 6. Los servicios enunciados en el artículo precedente".^[64] (Subrayado fuera del texto original)

A su vez, el párrafo 2º del artículo 6º del mismo Acuerdo establece: "*[s]i el usuario está inscrito o se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas, en el cual dicho usuario debe seguir un plan rutinario de actividades de control, no habrá lugar a cobro de cuotas moderadoras en dichos servicios*".^[65]

De otro lado, con el objetivo de evitar que el cobro de copagos se convierta en una barrera para la garantía del derecho a la salud, esta Corporación 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, a causa de que el afectado no cuente con los recursos para sufragar los citados costos. Particularmente, la jurisprudencia constitucional ha establecido dos reglas que el operador judicial debe tener en cuenta para eximir del cobro de estas cuotas: (i) cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de la cuota moderadora, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a éste, asumiendo el 100% del valor^[66]; (ii) cuando una persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad económica para asumirlo, pero tiene

problemas para hacer la erogación correspondiente de forma oportuna, la entidad encargada de la prestación deberá brindar oportunidades y formas de financiamiento de la cuota moderadora, con la posibilidad de exigir garantías, a fin de evitar que la falta de disponibilidad inmediata de recursos se convierta en un obstáculo para acceder a la prestación del servicio^[67].

En síntesis, la cancelación de cuotas moderadoras y copagos es necesaria en la medida en que contribuyen a la financiación del Sistema de Seguridad Social en Salud y protege su sostenibilidad. No obstante, el cubrimiento de copagos no puede constituir una barrera para acceder a los servicios de salud, cuando el usuario no tiene capacidad económica para sufragarlos, por lo que es procedente su exoneración a la luz de las reglas jurisprudenciales anteriormente referidas. Así mismo, el Acuerdo 260 de 2004 que definió el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras en el Sistema de Salud, estableció que estas deben fijarse con observancia de los principios de equidad, información al usuario, aplicación general y no simultaneidad, siempre en consideración de la capacidad económica de las personas. Así mismo, dispuso el deber de aplicar copagos a todos los servicios de salud con excepción de ciertos casos particulares, dentro de los cuales se encuentran: (i) aquellos en los cuales el paciente sea diagnosticado con una enfermedad catastrófica o de alto costo y (ii) cuando el usuario se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas.

2.8. PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD PREDICABLE DEL DERECHO A LA SALUD. CASOS EN LOS QUE PROCEDE LA ORDEN DE TRATAMIENTO INTEGRAL.

Al efecto la Corte Constitucional en su Sentencia T 178 de 2017. M. Ponente Antonio José Lizarazo Ocampo indicó frente al tema que: "Con relación al principio de integralidad en materia de salud, esta Corporación ha estudiado el tema bajo dos perspectivas, la primera, relativa al concepto mismo de salud y sus dimensiones y, la segunda, a la totalidad de las prestaciones pretendidas o requeridas para el tratamiento y mejoría de las condiciones de salud y de la calidad de vida de las personas afectadas por diversas dolencias o enfermedades. Así las cosas, esta segunda perspectiva del principio de integralidad constituye una obligación para el

Estado y para las entidades encargadas de brindar el servicio de salud pues les obliga a prestarlo de manera eficiente, lo cual incluye la autorización total de los tratamientos, medicamentos, intervenciones, terapias, procedimientos, exámenes, controles, seguimientos y demás que el paciente requiera y que sean considerados como necesarios por su médico tratante. Luego, es posible solicitar por medio de la acción de tutela el tratamiento integral, debido a que con ello se pretende garantizar la atención en conjunto de las prestaciones relacionadas con las afecciones de los pacientes, que han sido previamente determinadas por su médico tratante. Cuando la atención integral es solicitada mediante una acción de tutela el juez constitucional debe tener en cuenta que esta procede en la medida en que concurran los siguientes supuestos: (i) la descripción clara de una determinada patología o condición de salud diagnosticada por el médico tratante, (ii) por el reconocimiento de un conjunto de prestaciones necesarias dirigidas a lograr el diagnóstico en cuestión; o (iii) por cualquier otro criterio razonable. Con todo, se torna preciso aclarar que este Tribunal ha identificado una serie de casos en los que se hace necesario otorgar una atención integral al paciente, independientemente de que el conjunto de prestaciones pretendidas se encuentren dentro de la cobertura del PBS-, cuales son aquellos en los que están involucrados sujetos de especial protección constitucional, vale decir, los que guardan relación con, entre otros, menores de edad, adultos mayores, desplazados, personas con discapacidad física, o que padezcan de enfermedades catastróficas.

2.9. El caso en estudio y solución al problema jurídico planteado. -

Analizadas la documentación aportada por la accionante, se tiene que ALVIRIAM HERRERA OCAMPO está afiliado al régimen subsidiado a EPS SAVIA SALUD, con diagnóstico de MASA NO ESPECIFICA EN LA MAMA por lo cual el médico tratante le ordeno CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA DE MASTOLOGÍA, en igual sentido solicita, que se le exonere del cobro de copagos, dado que no tiene capacidad para solventar los mismos.

La accionante manifestó en su escrito y los documentos que allegó, que no tiene capacidad económica, para asumir el pago de los copagos para el tratamiento de la MASA NO ESPECIFICA EN LA MAMA, por lo tanto, para verificar al respecto se establece comunicación con el abonado No 3126744703, con la señora Alviriam (tutelante), **a quien se le indaga sobre su la situación económica a lo cual**

manifiesta que su núcleo familiar está conformado por ella, su madre de 46 años de edad, su esposo (27 años) y 5 hermanos edad (23, 20, 15, 9 y 3), que viven en la Manrique oriental, la casa es arrendada y tiene unos gastos fijos entre servicios y alimentación aproximadamente de \$2.100.000 mensuales, los cuales solventa con los ingresos que obtiene su esposo (independiente), hermano (independiente) y hermana, finalmente indica que quien posee cuenta es su hermana en Bancolombia y que su esposo tiene un vehículo, con el cual trabaja. Lo anterior da cuenta de su situación económica actual.

Por lo que la exigibilidad por la EPS del pago de cuotas moderadoras y copagos no puede convertirse en la imposición de una barrera para el acceso a la prestación efectiva de los servicios de salud que requiere, con la correlativa violación de sus derechos fundamentales.

Frente a ello la Corte Constitucional 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, a causa de que el afectado no cuente con los recursos para sufragar los citados costos. Particularmente, la jurisprudencia constitucional ha establecido dos reglas que el operador judicial debe tener en cuenta para eximir del cobro de estas cuotas: (i) cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de la cuota moderadora, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a éste, asumiendo el 100% del valor; (ii) cuando una persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad económica para asumirlo, pero tiene problemas para hacer la erogación correspondiente de forma oportuna, la entidad encargada de la prestación deberá brindar oportunidades y formas de financiamiento de la cuota moderadora, con la posibilidad de exigir garantías, a fin de evitar que la falta de disponibilidad inmediata de recursos se convierta en un obstáculo para acceder a la prestación del servicio.

En este punto, es importante destacar la obligación de las Entidades Promotoras de Salud de garantizar una prestación del servicio de calidad que permita la recuperación y rehabilitación efectiva de las personas que acudan a sus centros de

servicio solicitando atención médica, y la demora en esta constituye una amenaza a sus derechos constitucionales a la dignidad humana, la vida, la salud, y la seguridad social, en igual sentido que la familia, la sociedad y el Estado están obligados a asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos, siempre orientados por el criterio primordial de la prevalencia del interés superior de los niños, niñas y adolescentes, como sujetos de protección constitucional.

Entendido como que es necesario para el control, manejo de la enfermedad y por tal mejorar la calidad de vida de ALVIRIAM HERRERA OCAMPO, los procedimientos y medicamentos arriba mencionados dado su condición de salud actual, que los hechos que dieron origen a la presente acción no han sido superados y que la demora en la prestación constituye una violación a los derechos invocados, así la EPS no controvertió la situación económica del paciente, quien en el escrito de tutela manifestó que no tienen recursos económicos, por lo que la exigibilidad por la EPS del pago de las cuotas moderadora, copagos y cuotas de recuperación conllevaría la imposición de una barrera para el acceso a la prestación efectiva de los servicios de salud que requiere, con la correlativa violación de sus derechos fundamentales.

Por lo anterior se otorgará el amparo deprecado y en consecuencia se ordenare a **EPS SAVIA SALUD** que en el término de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta Sentencia, autorice y realice **CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA DE MASTOLOGÍA**, si en la actualidad no se los hubieron realizado, así mismo que se abstenga de cobrar cualquier suma de dinero por los tratamientos que requiere **ALVIRIAM HERRERA OCAMPO**.

Dicho lo anterior, pasa el despacho a ocuparse de la procedencia del tratamiento integral; para la Corte Constitucional:

"...tal principio implica que la atención y el tratamiento a que tienen derecho las personas que se encuentran afiliadas al sistema de seguridad social en salud, son integrales, lo que quiere decir que debe contener todo el cuidado, suministro de medicamentos, cirugías, exámenes de diagnóstico, tratamientos de rehabilitación y todo lo que el médico considere necesario

para restablecer la salud del paciente o para aminorar sus dolencias y pueda llevar una vida en condiciones dignas...”.

Para el caso concreto, se evidencia que a **ALVIRIAM HERRERA OCAMPO**, se le ha venido brindado la atención médica así mismo aún no cuenta con un diagnóstico definitivo, se le han programado las consultas y se le ha dado la formulación requerida, el no acceso a esto pende de un tema diferente a la negativa por parte de la EPS, de brindarla atención requerida, por lo cual el tratamiento integral no será concedido, por cuanto no se advierte de acuerdo con el material probatorio allegado al plenario que se haya negado la prestación de servicios médicos asistenciales por parte de la entidad prestadora de servicios de salud accionada.

Finalmente, por ser la EPS SAVIA SALUD la entidad promotora de salud a la cual se encuentra afiliada la accionante en salud y ser la encargada directamente de la prestación de los servicios de salud a través de su red de instituciones prestadoras del servicio con la cuales tiene convenio, no se emitirá pronunciamiento alguno contra la SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA, METROSALUD, HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN.

En mérito de lo dicho, **EL JUZGADO CATORCE CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD DE MEDELLÍN**, administrando justicia en nombre del Pueblo y por mandato constitucional,

III. FALLA:

PRIMERO: Conceder el amparo constitucional invocado al interior de esta Acción promovida por **ALVIRIAM HERRERA OCAMPO** en contra **EPS SAVIA SALUD**, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: En consecuencia, se ordena a **EPS SAVIA SALUD** que en el término de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta Sentencia, autorice, y materialice y materialice las **CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA DE MASTOLOGÍA**, que requiere **ALVIRIAM HERRERA**

OCAMPO con cualquiera de las IPS, públicas o privadas que haga parte de su red prestadora de servicios.

TERCERO: En consecuencia, se ordena a la **EPS SAVIA SALUD** que se abstenga de cobrar a **ALVIRIAM HERRERA OCAMPO** cualquier suma de dinero por el tratamiento de **MASA NO ESPECIFICA EN LA MAMA** que padece.

CUARTO: No se concede el Tratamiento Integral por las razones expuestas en las consideraciones de esta providencia.

QUINTO: No se emitirá pronunciamiento alguno contra de SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA, METROSALUD, HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN.

SEXTO: Notifíquese a las partes de manera personal o, en subsidio, vía fax o por el medio más expedito, a más tardar, al día siguiente de la fecha en que se profiere esta decisión.

SÉPTIMO: Esta decisión puede ser impugnada dentro de los tres (03) días siguientes a su notificación, remítase, al día siguiente, a La Corte Constitucional para su eventual revisión. Remisión que se adelantará una vez se levanta la suspensión eventual por la referida Corte.

NOTIFÍQUESE.

JHON FREDY CARDONA ACEVEDO
Juez

MCH

Firmado Por:

Jhon Fredy Cardona Acevedo
Juez
Juzgado Municipal
Civil 014
Medellin - Antioquia

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: **8762ef67fea01b8580e3d6cbcdf6b95109ad4c2e1b00d0c72afb8cabcb224ba4**

Documento generado en 11/03/2022 02:01:07 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>