



JUZGADO CATORCE CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD DE MEDELLÍN
Medellín, veinte (20) de enero de dos mil veintidós (2022)

PROCESO	Acción de Tutela
ACCIONANTE	CLAUDIA MARÍN GÓMEZ
ACCIONADO	SAVIA SALUD EPS
PROCEDENCIA	Reparto
RADICADO	N° 05001 40 03 014 2022 00009 00
INSTANCIA	Primera
PROVIDENCIA	Sentencia N. 022
TEMAS Y SUBTEMAS	derechos a la vida, la salud y la dignidad humana
DECISIÓN	concede tutela

Procede el Despacho a emitir fallo dentro de la ACCIÓN DE TUTELA, que promovió el señor CLAUDIA MARÍN GÓMEZ, contra de SAVIA SALUD EPS, por la presunta vulneración de sus derechos fundamentales a la salud y la dignidad humana.

I. ANTECEDENTES

1.1 Supuestos fácticos. - Manifestó que, la afectada tiene diagnóstico de ARTRITIS REMATOIDE SEROPOSITIVA E HIPOTROIDISMO NO ESPECIFICADO, y por lo cual el médico tratante le ordenó MELOTREXATO 2.5 MG, ACIDO FOLICO, PREDNISOLONA, LEVOTIROXINA 50 MG, CARBONATO DE CALCIO, VITAMINA D3 UI y consulta con MEDICINA INTERNA.

En igual sentido, manifiesta que en la actualidad se encuentra desempleada, y su sustento lo deriva de trabajos esporádicos realizando aseos en una casa, resalta que los tratamientos requeridos son permanentes por el diagnóstico de sus enfermedades y que en la actualidad no tiene como acceder a ellos.

1.2 Trámite. - Admitida la solicitud de tutela el 12 de enero hogaño, se vinculó a La SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA, INSTITUTO DEL CORAZÓN, LABORATORIO MÉDICO ECHAVARRÍA y se ordenó la

notificación a los entes accionados y vinculados, así mismo no se decretó medida provisional.

1.2.1 El INSTITUTO DEL CORAZÓN manifestó que, nos permitimos informarle que, una vez realizado el análisis del caso presentado, se procede con asignación de cita de medicina interna para el 13-01-2022 a las 09:40 a.m. En la dirección: Se de monterrey Piso 1 Cra. 48 #10-45 Dr Oscar Vicente Vergara Serpa, se le confirma cita a la paciente en el número de teléfono 5043157, paciente confirma asistencia.

1.2.2 La SAVIA SALUD EPS manifestó que, PRIMERO. en cuanto al servicio de consulta especializada se informa lo siguiente:

➤CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA se encuentra autorizada bajo NUA 16308989 direccionado al prestador INSTITUTO DEL CORAZON SA. Se informa al Despacho que la consulta se programa para el día 13 de enero de 2022 hora 09:40 de la mañana.

Es importante indicar al despacho que se estableció comunicación telefónica con la usuaria al número 03105118046 e indica que no asistirá a la cita hasta que no sea exonerada de copagos, en cuanto a esto, se indica al despacho que se evidencia en la página del DNP que la usuaria pertenece al grupo D-4del SISBEN [No pobre, no vulnerable] de acuerdo con la metodología IV, dicho grupo corresponde al nivel III del SISBEN, por lo tanto, No está exonerado de copagos.

Por lo anterior, se solicita respetuosamente al Despacho exhortar a la usuaria para que asista a la consulta especializada, puesto que no se evidencia vulneración por parte de SAVIA SALUD EPS. Dicho lo anterior habrá de colegirse la improcedencia de fallo condenatorio por configuración de HECHO SUPERADO frente a la autorización y programación del servicio solicitado.

En cuanto a los medicamentos MELOTREXATO, ACIDO FOLICO, PREDNISOLONA, CARBONARO DE CALCIO, VITAMINA D3, LEVOTIROXINA se indica al despacho que estos fueron ordenados en el mes de septiembre de 2021 por 3 meses, no requieren autorización por parte de la EPS, toda vez que se encuentran capitados en la IPS PRIMARIA METROSALUD y son entregados con la formula médica.

Ahora bien, es pertinente indicar que se estableció comunicación telefónica con la usuaria al número 03105118046 informa que la primera entrega fue realizada en el mes de septiembre, sin embargo, aclara que no se volvió a presentar a la IPS PRIMARIA puesto que se le estaba generando cobro por concepto de copago. Es de aclarar que la usuaria pertenece al grupo del SISBEN D-4 No pobre, no vulnerable y por lo tanto le corresponde cancelar el 10% del valor total de cada servicio que haga parte del PBS.

Por otro lado, Se le aclara al Honorable Despacho que se verifican soportes adjuntos en la acción constitucional, para los medicamentos MELOTREXATO, ACIDO FOLICO, PREDNISOLONA, CARBONARO DE CALCIO, VITAMINA D3, LEVOTIROXINA actualmente los soportes se encuentran vencidos, y no es posible realizar la gestión ante la IPS.

Dado lo anterior, sería una irresponsabilidad de la entidad solicitar entrega de medicamentos con una prescripción sin vigencia, debido a que no hay una valoración de un especialista en salud o médico general que determine el criterio de necesidad con fundamento en el estado actual de salud de la usuaria.

De acuerdo con la jurisprudencia en salud, el fundamento sobre el cual descansa el criterio de necesidad es que exista orden médica autorizando el servicio. Así las cosas, la remisión del médico tratante es la forma instituida en nuestro Sistema de Salud para garantizar que los usuarios reciben atención profesional especializada, y que los servicios de salud que solicitan sean adecuados, y no exista riesgo para la salud, integridad o vida del usuario.

1.2.3 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 CLAUDIA MARÍN GÓMEZ, identificada con Cedula de Ciudadanía No 43.565.342, aparece como CABEZA DE FAMILIA del Régimen SUBSIDIADO en Salud, y figura como afiliado (a) ACTIVO a ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. "SAVIA SALUD EPS" Desde el 01 de abril de 2012 hasta la fecha. Anexo pantallazo.

Se observa que a la accionante ya le fue aplicada la encuesta SISBEN metodología IV, el día 02 de diciembre del 2021-ACTUALIZADA, en el Municipio de Medellín-Antioquia, la cual se encuentra validada y certificada por el Departamento Nacional de Planeación DNP, y arrojó como resultado que la tutelante se encuentra en el grupo D4 –NO POBRE, NO VULNERABLE-Sisbén IV (Resto Urbano). Resultado que refleja la calidad y el status socioeconómico del censado. Se anexa pantallazo.

1.2.4 EL LABORATORIO MÉDICO ECHAVARRÍA manifestó que, debe advertirse que la acción de tutela impetrada, en ningún momento, reprocha la actuación del LME, ni tampoco se indica alguna omisión del mismo en la prestación del servicio, o que LME haya causado la vulneración a los derechos que alega la Accionante.

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, Decreto 2591 de 1999 y al inciso 2º, numeral 1º del artículo 1º del Decreto 1382 de 2000.

2.2. Marco Normativo aplicable- Constitución Política: Arts. 1, 2, 46, 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.

2.3. Del problema Jurídico: Corresponde determinar si la entidad de salud accionada le está vulnerando a CLAUDIA MARÍN GÓMEZ los derechos fundamentales al no orden la entrega del medicamento MELOTREXATO 2.5 MG, ACIDO FOLICO, PREDNISOLONA, LEVOTIROXINA 50 MG, CARBONATO DE CALCIO, VITAMINA D3 UI y consulta con MEDICINA INTERNA y exonerarle de copagos.

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 ésta debe entenderse dentro de una dimensión más amplia, que comprenda una vida digna¹, 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 éstas condiciones se encuentran debilitadas o lesionadas y afecten la

¹ En ese sentido esta Corporación en la Sentencia T-175 de 2002, precisó que lo que pretende la jurisprudencia con dicho postulado es: "*respetar un concepto de vida no limitado a la restrictiva idea de peligro de muerte, ni a la simple vida biológica, sino a consolidar un sentido más amplio de la existencia que se ate a las dimensiones de dignidad y decoro. Lo que se busca con dicha noción es preservar la situación existencial de la vida humana en condiciones de plena dignidad, ya que, al hombre no se le debe una vida cualquiera, sino una vida saludable, en la medida de lo posible. 1. De allí, que también el concepto de derecho a la salud, cuando va aparejado de su conexidad con la vida, ha sido definido como "la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser. Implica, por tanto, una acción de conservación y otra de restablecimiento."*

calidad de vida de las personas o las condiciones necesarias para garantizar a cada quien, una existencia digna².

La Seguridad Social es reconocida en nuestro ordenamiento jurídico como un derecho constitucional fundamental. De esta manera, los artículos 48 y 49 de la Carta Política establecen la seguridad social, por un lado, como un derecho irrenunciable, y, por otro lado, como un servicio público³, de tal manera que, por la estructura de este derecho, es el Estado el obligado a dirigir, coordinar y controlar su efectiva ejecución⁴.

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 cuáles depende su mínimo vital y su dignidad como persona"*⁵.

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 recuperación⁶.

A partir de dicha disposición, la Corte Constitucional ha reconocido, en reiterada jurisprudencia, que el derecho a la salud es fundamental⁷ y *"comprende toda una"*

² Ver sentencia T-724 de 2008

³ Sentencias T-414 de 2009, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva y T-642 de 2010, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva

⁴ Sentencia T-164 de 2013

⁵ Sentencia T-203 de 2012

⁶ Ver, entre otras, sentencias T-358 de 2003, T-671 de 2009 y T-104 de 2010.

⁷ En la Sentencia T-760 de 2008, esta Corporación sostuvo que asignarle el carácter de fundamental al derecho a la salud fue el resultado de una evolución jurisprudencial y la observancia de la doctrina y los instrumentos internacionales sobre la materia. Inicialmente, sostuvo que las afectaciones al derecho a la salud podían ser resueltas en sede de tutela siempre que se

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”⁸.

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 cuáles 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 cuándo 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,

demostrara su conexidad con derechos como la vida, la dignidad o el mínimo vital. No obstante, para el caso de sujetos de especial protección constitucional como las personas de la tercera edad y los niños, la jurisprudencia había señalado que este derecho adquiría el carácter de fundamental autónomo.

⁸ Sentencia T-320 de 2011.

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 irrespeta 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. Solución al problema planteado. Analizadas la documentación aportada por la accionante, se tiene que CLAUDIA MARÍN GÓMEZ, está afiliado al régimen subsidiado a SAVIA SALUD EPS, con diagnóstico de ARTRITIS REMATOIDE SEROPOSITIVA E HIPOTROIDISMO NO ESPECIFICADO, y por lo cual el médico tratante le ordenó MELOTREXATO 2.5 MG, ACIDO FOLICO, PREDNISOLONA, LEVOTIROXINA 50 MG, CARBONATO DE CALCIO, VITAMINA D3 UI y consulta con MEDICINA INTERNA, en igual sentido 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 ARTRITIS REMATOIDE SEROPOSITIVA E HIPOTROIDISMO NO ESPECIFICADO. Por lo tanto, para verificar al respecto se establece comunicación con el abonado No 3105118046, con la señora Claudia, a quien se le indaga sobre su situación económica a lo cual manifiesta **que su núcleo familiar está conformado por ella sola, dado que su madre murió hace 3 años, que vive en Aranjuez en la casa de su madre, que se quedó desempleada desde que inició la pandemia y en la actualidad realiza aseos en casa de familia, así mismo confirma que solicitó reencuesta del sisben y la misma le fue realizada el 02 de diciembre de 2021.** Lo anterior da cuenta de su situación económica actual y que ninguna de las manifestaciones allí plasmadas, contrastadas con el pretendido cuestionario que la parte accionada adjunta a su contestación, logran desvirtuar la falta de capacidad de pago que indica la parte accionante.

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.

Así mismo, el Acuerdo 260 de 2004 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]

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 CLAUDIA MARÍN GÓMEZ, 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 entrega del medicamento constituye una violación a los derechos invocados, así la EPS no contravirtió 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 SAVIA SALUD EPS que en el término de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta Sentencia, autorice y entregue **MELOTREXATO 2.5 MG, ACIDO FOLICO, PREDNISOLONA, LEVOTIROXINA 50 MG, CARBONATO DE CALCIO, VITAMINA D3 UI y consulta con MEDICINA INTERNA, en igual sentido para aquellos ordenamientos con los que no cuente en la actualidad orden vigente, se programe consulta con médico, para la valoración de la pertinencia de los mismos,** así mismo que se abstenga de cobrar cualquier suma de dinero por estos el tratamiento que requiere **CLAUDIA MARÍN GÓMEZ.**

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 **CLAUDIA MARÍN GÓMEZ**, se le ha venido brindado la atención médica, 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 brindar la 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, para el caso concreto, de acuerdo a las manifestaciones y la prueba documental aportada por la accionante, se desprende que la paciente aún no tiene

una patología determinada o estado de salud diagnosticado por los médicos tratantes, toda vez que lo que se busca es la detección temprana de la enfermedad para establecer el tratamiento a seguir de manera oportuna.

Finalmente, por ser la SAVIA SALUD EPS 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 y La SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA, INSTITUTO DEL CORAZÓN, LABORATORIO MÉDICO ECHAVARRÍA.

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

FALLA:

PRIMERO. - Conceder el amparo constitucional invocado al interior de esta Acción promovida por **CLAUDIA MARÍN GÓMEZ**, contra **SAVIA SALUD EPS**, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO. - En consecuencia, en el término de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta Sentencia, autorice y entregue **MELOTREXATO 2.5 MG, ACIDO FOLICO, PREDNISOLONA, LEVOTIROXINA 50 MG, CARBONATO DE CALCIO, VITAMINA D3 UI** y **consulta con MEDICINA INTERNA**, en igual sentido para aquellos ordenamientos con los que no cuente en la actualidad orden vigente, se programe consulta con médico, para la valoración de la pertinencia de los mismos, así mismo que se abstenga de cobrar cualquier suma de dinero por estos el tratamiento que requiere **CLAUDIA MARÍN GÓMEZ**.

TERCERO: En consecuencia, se ordena a la **SAVIA SALUD EPS** que se abstenga de cobrar a **CLAUDIA MARÍN GÓMEZ** cualquier suma de dinero por el tratamiento **ARTRITIS REMATOIDE SEROPOSITIVA E HIPOTROIDISMO NO ESPECIFICADO.**

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

QUINTO. – Finalmente, por ser la SAVIA SALUD EPS 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 y La SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA, INSTITUTO DEL CORAZÓN, LABORATORIO MÉDICO ECHAVARRÍA.

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.

SEPTIMO. - De no ser apelado este fallo dentro de los tres días siguientes a su notificación, remítase, al día siguiente, a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

**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: **69fabb670926210d2d67bc986068541b9899b4c1c4a0ed550a16a8672ba7c95e**

Documento generado en 20/01/2022 02:44:34 PM

Valide este documento electrónico en la siguiente URL: <https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>