



## JUZGADO TRECE CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD

Medellín, seis (6) de agosto de dos mil veinte (2020)

<b>Procedimiento:</b>	Acción de tutela
<b>Accionante (s):</b>	<b>Myriam del Socorro González Rojas</b>
<b>Accionado (s):</b>	<b>Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, Hospital la María y otros</b>
<b>Tema:</b>	Del derecho fundamental a la salud
<b>Radicado.</b>	0500140030132020 00399 00
<b>Sentencia</b>	General: 200 Especial: 187
<b>Decisión:</b>	Concede amparo constitucional

Se procede a resolver la acción de tutela del trámite de la referencia.

### I. ANTECEDENTES

**1.1.** Indicó la accionante que es una paciente de 58 años de edad, encuesta del Sisben en el municipio de Medellín, pero sin afiliación a ninguna EPS, que siempre ha recibido atención médica en el Hospital La María, donde fue diagnosticada con “*Tumor Benigno Lipomatoso de piel y tejido subcutáneo del Tronco*” desde hace dos años aproximadamente y actualmente cuenta con varios tumores en la pierna, cara, brazos y el coxis.

Refirió que la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, le autorizó de manera prioritaria cirugía “*Resección de Tumor Benigno o Maligno de la piel o tejido celular subcutáneo*”, pero le niegan la cirugía mediante un correo electrónico porque no cumple los criterios de priorización, ya que solo se está priorizando maternas, adultos mayores y niños únicamente, sin tener en cuenta que la orden de cirugía es de carácter

Prioritaria. Indicó que ha pasado un año con la autorización de la cirugía y la misma a la fecha, no se ha ejecutado pese a estar ordenado por el médico tratante.

Por lo expuesto, solicitó medida provisional para que se protejan sus derechos fundamentales a la Salud, a la Integridad y a la Vida y, en consecuencia, se ordene a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y al Hospital La María de Medellín, le realice la intervención quirúrgica en el menor tiempo posible. Igualmente solicitó tratamiento integral y la exoneración de los copagos.

**1.2.** La acción de tutela fue admitida el 24 de julio de 2020, contra la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, Hospital La María y se ordenó vincular por pasiva a Municipio de Medellín- Secretaría de Planeación y al Departamento Nacional de Planeación. Se les concedió el término de dos (02) días para que se pronunciaran sobre los fundamentos de hecho y de derecho expuestos por el actor. Las accionadas fueron notificadas mediante correos electrónicos.

Igualmente se concedió la medida provisional y se le ordenó a la Secretaría Seccional de Salud y protección Social de Antioquia que de forma inmediata autorizara a través de una entidad pública o privada, con quien tenga contratación, a la señora Myriam del Socorro González Rojas, “cita de primera vez con médico especialista en cirugía general” a efectos de que se determine el tratamiento para la patología que la aqueja.

**1.3.** La **Secretaría Seccional de Salud de Antioquia – SSSA-**, se pronunció frente a las pretensiones de la tutela, e informó que de acuerdo a la base de datos ADRES, la señora **Myriam del Socorro González Rojas**, es una persona que no se encuentra afiliada ni al régimen contributivo, ni subsidiado en salud, figura como desafiada de la EPS Sura desde 3 de mayo de 2015, sin embargo, ya le fue aplicado la encuesta del SISBEN metodología III, el 14 de diciembre de 2015, en el municipio de Medellín, la cual se encuentra validada y certificada por el Departamento Nacional de Planeación arrojando un puntaje de 58.18, por lo tanto, no es potencial beneficiaria del régimen subsidiado de conformidad con la Resolución 3778 de 2011 del Ministerio de Protección Social.

Expuso que en el literal B del artículo 157 de la Ley 100 1993, se introdujo el concepto de población vinculada, definiéndola como “aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado, tendrán derecho a los servicios de salud que prestan las instituciones públicas y las privadas que tengan contrato con el Estado”.

Conforme a lo anterior, para la población “vinculada” su finalidad no es funcionar como un régimen alterno al contributivo y subsidiario, sino como un mecanismo transitorio que permite contar con servicios básicos de salud por lo que, la calidad de vinculado en el sistema de seguridad social, no debe prolongarse en el tiempo y la obligación del Estado deberá estar regida bajo los principios que consagra el derecho a la salud, como, integridad, accesibilidad, aceptabilidad y condición de igualdad y calidad.

Adujó que en la decisión del juzgado se deberá establecer unos parámetros acerca de las gestiones que debe adelantar la parte accionante tendiente a materializar la afiliación ya sea en el régimen contributivo y/o subsidiado teniendo en cuenta que la afiliación al sistema de seguridad social es obligatoria.

Para tal efecto, es imprescindible la vinculación del municipio de residencia del presunto afectado que a este le corresponde gestionar lo concerniente a la afiliación al PPNA y su respectiva caracterización para determinar a qué tipo de asistencia social tiene derecho a acceder de conformidad a su nivel socioeconómico reflejándolo a través de la encuesta SISBEN.

Seguidamente la entidad hizo un recuento normativo respecto de la encuesta del SISBEN, así mismo, refirió que los copagos y las cuotas de recuperación son los dineros que reciben directamente las instituciones prestadoras de servicios en salud (IPS) y a quienes les corresponde presentar alternativas financieras al usuario que atienda sus circunstancias personales y económicas para garantizar el acceso a los servicios de salud, por lo que la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, considera que se debe vincular a la IPS prestadora del servicio, para que justifique desde una perspectiva constitucional su negativa de prestar los servicios, indicando las alternativas financieras que le presentó al paciente a fin de establecer si con su conducta protege o no los derechos a la salud fijados por el ordenamiento legal.

Manifestó que, el ente territorial no es un régimen en salud, no es una institución prestadora de servicios en salud, ni tampoco una administradora del régimen subsidiado, ya que su función es financiar las atenciones de 2° y 3° nivel para la población vinculada a los niveles 1,2 y 3 de pobreza, pero sin afiliación a régimen excepcional contributivo ni subsidiado.

Indicó además que, la accionante se encuentra retirada de la EPS Sura desde el año 2015, que no pertenece al régimen contributivo ni subsidiado de salud, por ende se encontraba dentro de la población vinculada de pobreza en el nivel 3, de acuerdo a su puntaje en el Sisben. Sin embargo, respecto al puntaje en la encuesta se puede inferir que la paciente tiene una buena situación económica para sufragar una EPS, de ahí que se preguntan, porque con anterioridad a la ocurrencia de los hechos no había acudido a la Secretaría de Salud del Municipio de residencia, para que estos realizarán una nueva encuesta con el Sisben para determinar si era un potencial beneficiaria del régimen subsidiado.

Igualmente aclaró que la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia no es una EPS, si no un órgano de gestión y control de los servicios de salud departamental y entre sus funciones está la de garantizar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población habitante en el departamento de Antioquia, según las características poblacionales y el régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, no la de afiliar a la población y mucho menos prestar el servicio de salud.

Además, recordó que a la afectada le corresponde sufragar el 30% de los servicios de salud recibidos, toda vez que el ente territorial estaría sufragando el 70%, debido a que al puntaje del Sisben es del 68.59, es decir, un nivel III.

Por lo tanto, solicitó se les desvincule de la presente acción de tutela, ya que se acató la medida provisional decretada por el Despacho y para el día 30 de julio de 2020 después del trámite de ingresar la medida provisional al SIAT, se estaría generando la orden respectiva de acuerdo a lo ordenado.

Adicionalmente, requirió se vinculará al municipio de residencia de la paciente, a fin de que se le haga un acompañamiento para realizar una reencuesta y si

el puntaje baja y es candidata para el régimen subsidiado se le asigne una EPS Subsidiada.

-El **Municipio de Medellín**, allegó pronunciamiento a través del Subdirector Administrativo, en la que indicó que frente a los hechos de la acción de tutela no les consta, ya que la función al Departamento Administrativo de Planeación del Municipio de Medellín, es la aplicación de la encuesta del Sisben a los usuarios que presenten su documento de identidad válido y residan en una unidad de vivienda. La aplicación de la encuesta no otorga por sí sola el acceso a los programas respectivos, máxime si el ingreso a cada uno de estos estará sometido a las reglas particulares de selección de beneficiarios aplicables a cada programa social administrada por cada entidad competente.

Aclararon que el régimen subsidiado es un programa totalmente distinto al Sisben, ya que este último es una herramienta de focalización de la población pobre y vulnerable, administrada por el Departamento Administrativo de Planeación de Medellín; mientras que la afiliación al régimen subsidiado tiene que ver con el aseguramiento para la prestación del servicio en salud y está a cargo de la aseguradora que opere en el régimen subsidiado en el municipio o distrito. Por lo tanto, la atención en salud no es competencia del Departamento Administrativo de Planeación de Medellín como operador del Sisben.

Respecto al caso concreto, manifestaron que una vez consultada la base de datos del Sisben de Medellín, hallaron la siguiente información:

*“La señora Myriam del Socorro González, identificada con C.C. 43096007, se encuentra encuestada en el Sisben en la dirección calle 57 A No. 23-78, barrio Los Mangos, desde el 3 de diciembre de 2010, los datos quedaron registrados en la ficha No. 2511731, con un puntaje de 68.59, validada y certificada por la entidad competente DNP y podrá ser consultado en la página oficial del Departamento Nacional de Planeación –DNP- [www.sisben.gov.co](http://www.sisben.gov.co)...*

De igual manera, el día 27 de julio de 2020 establecieron comunicación telefónica con la señora Myriam del Socorro González Rojas, al número de teléfono 4882985 y ésta informó que es residente del municipio de Medellín, pero ya vive en otra dirección diferente donde le aplicaron la encuesta del Sisben, que convive con las mismas personas de su anterior residencia y su dirección actual es la calle 57 D No. 29-69. Refirieron que se le explicó que

la función y competencia del Departamento Administrativo de Planeación como administrador del Sisbén, es sólo la aplicación de la encuesta de clasificación, y que la función del Sisbén no está en prestar servicios de salud. Manifestaron que revisado el sistema se evidencia que la accionante a la fecha no tiene radicados pendientes de solicitud de encuesta en el municipio de Medellín.

Conforme a lo anterior, se evidencia que no existe vulneración de los derechos fundamentales del accionante, ya que el Municipio de Medellín no ha incurrido en ninguna dilación u omisión de los mismos y ha cumplido cabalmente con las funciones que tiene a su cargo, aplicó la encuesta a la señora Myriam González, quien se encuentra en la base de datos del Sisbén en la ficha 2511731 con un puntaje del 68.59, tal como se puede evidenciar en la página oficial del Departamento Administrativo de Planeación, además se le brindó información y orientación para que la accionante si lo desea solicite una encuesta nueva con el fin de actualizar su información.

Por lo tanto, solicitaron se exonere al Departamento Administrativo de Planeación, Subdirección de Información del Municipio de Medellín, de la responsabilidad respecto a la vulneración de los derechos de la señora **Myriam del Socorro González Rojas**, por no ser competencia funcional de esta entidad y solicita la vinculación del Departamento Nacional de Planeación, para que, de acuerdo a sus competencias conceptúe sobre la asignación de puntaje y certificación.

-El **Departamento Nacional de Planeación - DNP-**, Allegó respuesta al requerimiento del Juzgado y manifestó que no era responsable de la presunta vulneración de los derechos fundamentales del accionante, por lo que para que la acción de tutela prospere, se debe dirigir contra la autoridad que presuntamente violó uno o más derechos fundamentales.

Conforme a ello, consideran que existen una falta de legitimación en la causa por pasiva, ya que conforme al principio de legalidad y de acuerdo a las funciones y objetivos, la entidad no tiene a su cargo la prestación de servicios en salud, la realización de la encuesta del Sisben, ni funciona como administradora de planes de beneficios, teniendo a su cargo funciones de inspección y vigilancia. Por lo que, el objeto tutelado desborda el ámbito de la competencia de las funciones del DNP.

Respecto a su competencia con relación al Sisben, indicó que el *“Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), es una herramienta de focalización individual que funciona como un instrumento de la política social, el cual utiliza herramientas estadísticas y técnicas que permiten identificar y ordenar a la población, para la selección y asignación de subsidios y beneficios por parte de las entidades y programas con base en las condiciones socioeconómicas en él registradas. Su objetivo principal es ordenar a la población mediante un puntaje de acuerdo con sus características, para poder identificar los beneficiarios de la oferta social. Por lo tanto, la focalización que se efectúa a través del SISBEN no es la Política Social sino instrumento básico para lograr que los programas que se diseñen lleguen a la población más vulnerable del país”*.

De acuerdo con el marco legal expuesto, el papel del Departamento Nacional de Planeación (DNP) frente al Sisben, consiste en dictar los lineamientos metodológicos, técnicos y operativos necesarios para la implementación y operación del Sisben, pero la operación y aplicación de este corresponde a las entidades territoriales. Así las cosas, no está dentro de las competencias del Departamento Administrativo aplicar encuestas, reclasificar personas o definir la entrada o salida de los programas sociales, ni ordenar que se realice la inclusión de registro de personas en dichas bases, de conformidad con la normatividad vigente este es el deber de los municipios y distritos.

Precisó que frente a este caso, consultaron en la última base nacional consolidada, certificada y avalada por el DNP disponible en la página de esta entidad ([www.sisben.gov.co](http://www.sisben.gov.co)), correspondiente al sexto corte del año 2020 (Base nacional de junio), y obtuvieron como resultado que Myriam del Socorro González Rojas, se encuentra reportada en la base certificada del Sisben, con una puntuación de 68.59, fecha de última encuesta el 14 de diciembre de 2010 y última fecha de actualización fue el 20 de noviembre de 2018.

Seguidamente, la vinculada realizó un recuento normativo respecto a los servicios en salud, el proceso de afiliación al régimen subsidiado y los programas sociales.

Conforme a ello, concluyeron que el Departamento Nacional de Planeación – DNP- no ha vulnerado ningún derecho fundamental del accionante, ya que la información se encuentra validada y publicada de acuerdo con el reporte

remitido por el municipio de Medellín y la entidad no es la responsable de determinar los puntajes de acceso a los programas sociales, el ingreso o permanencia en los mismos como en el caso, del régimen subsidiado.

Finalmente, solicitó de excluya al Departamento Nacional de Planeación de manera definitiva de cualquier responsabilidad en el presente caso, sin ninguna clase de condena en su conta.

**1.4 Hospital La María** no se pronunció al requerimiento del Despacho, a pesar de estar debidamente notificada.

## **II COMPETENCIA.**

De conformidad con lo establecido en el artículo 86 de la Constitución Política de Colombia y el Decreto 2591 de 1991, artículo 32, es competente este Despacho para conocer y decidir respecto de la solicitud de tutela impetrada.

## **III PROBLEMA JURÍDICO.**

De acuerdo con la situación fáctica puesta de presente en el asunto que se decide en esta providencia, este Despacho considera que el mismo deberá circunscribirse a determinar si la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la E.S.E. Hospital La María de Medellín y/o las vinculadas, con su proceder están poniendo en peligro y/o vulnerando los derechos fundamentales a la salud, la seguridad social y la vida en condiciones dignas de la señora **Myriam del Socorro González Rojas** al no realizarle el procedimiento médico requerido, ordenado y autorizado en debida forma y si procede la exoneración de los copagos o cuotas de recuperación para el tratamiento de su patología. Así como si procede el tratamiento integral.

## **IV CONSIDERACIONES**

### **4.1. DE LA ACCIÓN DE TUTELA**

La acción de tutela de linaje constitucional, está instituida única y exclusivamente para la protección de los Derechos Constitucionales Fundamentales de todas las personas del Estado cuando éstos resulten vulnerados por la acción u omisión de una autoridad que los desconozca.

**4.2 DE LA LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA (ACTIVA – PASIVA) EN LA ACCIÓN DE TUTELA.** De conformidad con el artículo 86 de la constitución política “Toda Persona” puede recurrir a la acción de tutela “para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, **por sí mismo o por quien actúe a su nombre**, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública”.

Conforme lo anterior, la acción de tutela puede ser ejercida por toda persona que considere que le están vulnerando sus derechos constitucionales fundamentales sea nacional o extranjera, natural o jurídica, ciudadano o no, que se halle en el territorio colombiano o se encuentre por fuera y la autoridad o particular que vulneró los derechos fundamentales se encuentre en Colombia. Así pues, puede ser ejercida directamente o por quien actúe a su nombre, bien sea por medio de (i) un representante legal en el caso de los menores de edad, las personas jurídicas, los incapaces absolutos y los interdictos; (ii) mediante apoderado judicial; y (iii) por agencia oficiosa. En estos tres últimos casos se debe probar la legitimación en la causa por activa.

Como ya se expresó, por mandato constitucional se faculta a todo ciudadano para que en su propio nombre instaure acción de tutela ante una autoridad judicial con el fin de hacer valer sus derechos fundamentales cuando los considere vulnerados o amenazados; dentro del presente caso, la señora **Myriam del Socorro González Rojas**, actúa en causa propia por lo que se encuentra legitimada en la causa por **activa**.

Se tiene además la legitimación en la causa por pasiva de las accionada y las vinculadas, toda vez que son las entidades a las cuales se les endilga la “presunta” vulneración de los derechos fundamentales esgrimidos por la accionante.

**4.3. DERECHO A LA SALUD.** Frente al particular, la Corte Constitucional en reiterados pronunciamientos ha expresado que “*El artículo 49 de la Constitución, modificado por el Acto Legislativo 02 de 2009, consagra el derecho a la salud y establece 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”<sup>1</sup>.*

A saber, en la sentencia T 196 de 2018 la alta corporación estableció lo siguiente:

*“Es preciso señalar que referida Ley Estatutaria 1751 de 2015<sup>2</sup> fue objeto de control constitucional por parte de esta Corporación que mediante la sentencia C-313 de 2014 precisó que “la estimación del derecho fundamental ha de pasar necesariamente por el respeto al ya citado principio de la dignidad humana, entendida esta en su triple dimensión como principio fundante del ordenamiento, principio constitucional e incluso como derecho fundamental autónomo. Una concepción de derecho fundamental que no reconozca tales dimensiones, no puede ser de recibo en el ordenamiento jurídico colombiano”. Bajo la misma línea, la Corte resaltó que el carácter autónomo del derecho a la salud permite que se pueda acudir a la acción de tutela para su protección sin hacer uso de la figura de la conexidad y que la irrenunciabilidad de la garantía “pretende constituirse en una garantía de cumplimiento de lo mandado por el constituyente”<sup>3</sup>.*

*En suma, tanto la jurisprudencia constitucional como el legislador estatutario han definido el rango fundamental del derecho a la salud y, en consecuencia, han reconocido que el mismo puede ser invocado vía acción de tutela cuando resultare amenazado o vulnerado, situación en la cual, los jueces constitucionales pueden hacer efectiva su protección y restablecer los derechos conculcados.*

Ello permite reconocer el carácter fundamental del derecho a la salud, entendido este como un concepto amplio que busca materializar la dignidad humana de las personas.

**4.4. PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.** La Corte Constitucional se pronunció con respecto a este tema en Sentencia T-208 de 2017 (M.P ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO), se expuso:

---

<sup>1</sup>C. Const., T-196 de 2018.

<sup>2</sup>“Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.

<sup>3</sup> Corte Constitucional, sentencia C-313 de 2014 (MP Gabriel Eduardo Mendoza Martelo; SVP Mauricio González Cuervo, Luis Guillermo Guerrero Pérez, Jorge Ignacio Pretelt Chaljub; AV María Victoria Calle Correa, Mauricio González Cuervo, Luis Guillermo Guerrero Pérez, Alberto Rojas Ríos, Luis Ernesto Vargas Silva).

*“Los anteriores pronunciamientos fueron acogidos en la denominada Ley Estatutaria de Salud, Ley 1751 de 2015<sup>4</sup>, allí el Legislador reconoció la salud como derecho fundamental y, en el artículo 2°, se especifica que este es un derecho autónomo e irrenunciable y debe ser prestado de manera oportuna, eficaz y con calidad, para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. Derecho que incluye, por una parte, elementos esenciales e interrelacionados como son: a) disponibilidad, b) aceptabilidad, c) accesibilidad y d) calidad y, por la otra, comporta los siguientes principios: universalidad, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos, progresividad del derecho, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia, interculturalidad, protección a los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras.*

*Así mismo, enunció que el grupo poblacional<sup>5</sup> que gozan de especial protección por parte del Estado cuya atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica, son: niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en situación de discapacidad.*

*Por lo tanto, al considerarse el derecho la salud como un derecho fundamental, su protección es procedente por medio de la acción de tutela cuando este resulte amenazado o vulnerado y no exista otro medio idóneo de defensa judicial.*

*Además, tiene mayor relevancia cuando los afectados sean sujetos de especial protección constitucional: niños, personas en situación de discapacidad o de la tercera edad, entre otros. Dicho trato diferenciado se sustenta en el inciso 3°, del artículo 13 de la Constitución Política que establece la protección por parte del Estado a las personas que se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta.*

*Para lo que interesa a la presente causa, este Tribunal ha sido enfático en destacar que el principio de integralidad del sistema de salud implica suministrar, de manera efectiva, todas las prestaciones que requieran los pacientes para mejorar su condición médica “[e]sto es, que la protección sea integral en relación con todo aquello que sea necesario para conjurar la situación*

---

<sup>4</sup> “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.

<sup>5</sup> Artículo 11.

*particular de un(a) paciente”<sup>6</sup>, de esta forma se protege y garantiza el derecho fundamental a la salud y la adecuada prestación de los servicios médicos que permitan el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.” De manera puntual, la Corte, en sentencia T-644 de 2015<sup>7</sup>, destacó:*

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

*Con todo, quienes padecen enfermedades que deterioran su salud se les debe garantizar siempre un tratamiento integral, en los términos, que se establecieron en el artículo 8°, de la Ley 1751 de 2015<sup>8</sup>, de tal forma que se garantice el acceso efectivo al servicio de salud, mediante el suministro de “todos aquellos medicamentos, exámenes, procedimientos, intervenciones y terapias, entre otros, con miras a la recuperación e integración social del paciente, sin que medie obstáculo alguno independientemente de que se encuentren en el POS o no”. Acceso que se exterioriza en la autorización, práctica o entrega de las tecnologías a las que una persona tiene derecho, siempre que el profesional de la salud los considere necesarios para el tratamiento de la enfermedad. En diferentes pronunciamientos esta Corporación<sup>9</sup> ha reiterado esta garantía de acceso efectivo a los servicios médicos.”*

En síntesis, se puede afirmar que el derecho fundamental a la salud, se garantiza a través del uso de medicamentos, tecnologías y servicios de manera continua, completa y sin dilaciones que permitan un tratamiento integral para prevenir, paliar o curar la enfermedad, se encuentren o no incluidas en plan obligatorio de salud, de tal forma que las instituciones encargadas de la

---

<sup>6</sup> Sentencia T-531 de 2009, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

<sup>7</sup> M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

<sup>8</sup> “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.

<sup>9</sup> Esta regla jurisprudencial se desprende con toda claridad de la Sentencia T-760 de 2008, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa. Y además, también puede ser apreciada en las Sentencias, T-1158 de 2001, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra; T- 962 de 2005, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra; T-493 de 2006, M.P. Álvaro Tafur Galvis; T-760 de 2008, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa; T-057 de 2009, M.P. Jaime Araujo Rentería; T-346 de 2009, M.P. María Victoria Calle Correa; T-550 de 2009, M.P. Mauricio González Cuervo; T-149 de 2011, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo; T-173 de 2012, M.P. María Victoria Calle Correa; T-073 de 2013, M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub; T-155 de 2014 y T-447, M.P. María Victoria Calle Correa de 2014.

administración del sistema de salud atiendan los principios constitucionales que permitan eliminar las barreras administrativas o económicas de acceso para aquellas personas que se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta.”

En conclusión, la garantía de los derechos fundamentales en sede de tutela no se agota en una orden concreta; sino más bien, en el otorgamiento del tratamiento integral para la patología que el accionante padece y de esa manera evitar la interposición de múltiples acciones de tutela con base en la misma causa.

#### **4.5 NATURALEZA JURÍDICA DE LOS COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS. HIPÓTESIS EN LAS QUE CABE SU EXONERACIÓN**

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 187 de la Ley 100 de 1993, los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deben asumir “(...) *pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles (...)*”, que tienen como finalidad racionalizar el uso de los servicios del sistema y complementar la financiación del plan obligatorio de salud.<sup>10</sup>

En la misma disposición se contempla que la exigencia de esas cuotas no puede convertirse en un obstáculo para el acceso a los servicios de salud por parte de la población más pobre y vulnerable, razón por la cual se prevé que el monto de las mismas deberá ser estipulado de conformidad con la situación socioeconómica de los usuarios del Sistema. Sobre el particular la Honorable Corte Constitucional ha señalado que cuando una persona no tiene los recursos económicos para cancelar el monto de dichas cuotas, la exigencia de las mismas limita su acceso a los servicios de salud y, en el caso en que éstos se requieran con urgencia, se pueden ver afectados algunos derechos fundamentales, los cuales deben ser protegidos teniendo en cuenta su primacía frente a cualquier otro tipo de derecho.

---

<sup>10</sup> Ley 100 de 1993, Artículo 187. “De los pagos moderadores. Los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles. Para los afiliados cotizantes, estos pagos se aplicaran con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del Sistema. En el caso de los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la financiación del plan obligatorio de salud. En ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres. Para evitar la generación de restricciones al acceso por parte de la población más pobre, tales pagos para los diferentes servicios serán definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica, según la reglamentación que adopte el Gobierno Nacional, previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. // Los recaudos por estos conceptos serán recursos de las Entidades Promotoras de Salud, aunque el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá destinar parte de ellos a la subcuenta de Promoción de la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía. // PARÁGRAFO. Las normas sobre procedimientos de recaudo, definición del nivel socioeconómico de los usuarios y los servicios a los que serán aplicables, entre otros, serán definidos por el Gobierno Nacional, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.”

Conforme lo dispone el Artículo 7° del Acuerdo 260 de 2004, están sujetos al cobro de copagos 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 y, 6. Los servicios que, conforme al artículo 6° del Acuerdo están sujetos al cobro de cuotas moderadoras.

**EN SENTENCIA T- 062 DE 2017, LA CORTE CONSTITUCIONAL, MP. GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO**, sobre la hipótesis en que cabe la exoneración de copagos y/o cuotas de recuperación, se pronunció así:

“De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 187 de la Ley 100 de 1993, los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deben asumir “(...) *pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles (...)*”, que tienen como finalidad racionalizar el uso de los servicios del sistema y complementar la financiación del plan obligatorio de salud<sup>11</sup>. En la misma disposición se contempla que la exigencia de esas cuotas no puede convertirse en un obstáculo para el acceso a los servicios de salud por parte de la población más pobre y vulnerable, razón por la cual se preveé que sum onto deberá ser estipulado de conformidad con la situación socioeconómica de los usuarios del Sistema.

Sobre el particular la Honorable Corte Constitucional ha señalado que cuando una persona no tiene los recursos económicos para cancelar el monto de dichas cuotas, la exigencia de las mismas limita su acceso a los servicios de salud y, en el caso en que éstos se requieran con urgencia, se pueden ver afectados algunos derechos fundamentales, los cuales deben ser protegidos teniendo en cuenta su primacía frente a cualquier otro tipo de derecho. Así en la Sentencia T-328de 1998 la Corte expreso:

---

<sup>11</sup> Ley 100 de 1993, Artículo 187. “De los pagos moderadores. Los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles. Para los afiliados cotizantes, estos pagos se aplicaran con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del Sistema. En el caso de los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la financiación del plan obligatorio de salud. En ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres. Para evitar la generación de restricciones al acceso por parte de la población más pobre, tales pagos para los diferentes servicios serán definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica, según la reglamentación que adopte el Gobierno Nacional, previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. // Los recaudos por estos conceptos serán recursos de las Entidades Promotoras de Salud, aunque el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá destinar parte de ellos a la subcuenta de Promoción de la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía. // PARÁGRAFO. Las normas sobre procedimientos de recaudo, definición del nivel socioeconómico de los usuarios y los servicios a los que serán aplicables, entre otros, serán definidos por el Gobierno Nacional, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud”.

*El conflicto se presenta cuando aquellos que no tienen el dinero suficiente para cubrir las cuotas moderadoras, copagos o no han completado las semanas mínimas de cotización prescritas en la legislación para acceder a los tratamientos de alto costo, los requieren con tal urgencia que sin ellos se verían afectados los derechos constitucionales fundamentales mencionados y, no obstante, con el argumento de cumplir la legislación señalada anteriormente, las Empresas Promotoras de Salud les niegan la atención médica necesaria.*

*No cabe duda de que los derechos fundamentales de las personas priman sobre cualquier otro tipo de derechos<sup>12</sup> y cuando el conflicto anteriormente descrito se presenta, esta Corporación ha sido enfática y clara en la decisión de protegerlos, inaplicando para el caso concreto la legislación y ordenando la prestación de los servicios excluidos, cumpliendo así con lo dispuesto en el artículo 4 de la Constitución Política pues, ni siquiera la ley puede permitir el desconocimiento de los derechos personalísimos de los individuos y, cuando so pretexto de su cumplimiento se atenta contra ellos, no solamente es posible inaplicarla, sino que es un deber hacerlo.”<sup>13</sup>*

El Acuerdo 260 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud y establece la diferencia entre las *cuotas moderadoras* y los *copagos*, al señalar que las primeras, que se aplican a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS, al paso que los segundos, que se aplican única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios, son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.

De este modo, ha dicho la Corte, que el citado acuerdo, por un lado, con 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, por otro, con los copagos aplicables a los beneficiarios, pretende que una vez se haya ordenado la práctica de algún examen o procedimiento, se

---

<sup>12</sup> Sentencias C-265 de 1994, M. P. Alejandro Martínez Caballero y T-639 de 1997, MP Fabio Morón Díaz

<sup>13</sup> Sentencia T-328 de 3 de julio 1998, MP Fabio Morón Díaz.

realice una contribución, de conformidad con un porcentaje establecido por la autoridad competente, con la finalidad de generar otro aporte al Sistema y proteger su financiación<sup>14</sup>.

En el mencionado acuerdo se regulan los montos que se deben cancelar por concepto de cuotas moderadoras y copagos, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. Se establecen los principios que deben respetarse para la aplicación de los mismos. Así, de conformidad con el Artículo 5° del acuerdo, para ese efecto deben respetarse los siguientes principios básicos:

*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.*

Dispone el artículo 4° del acuerdo que las cuotas moderadoras y los copagos se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante. Específicamente, en relación con los copagos, que son los que tienen relevancia en el presente caso, el acuerdo, en su artículo 9°, 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<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Ver Sentencia T-584 de 31 de julio de 2007 MP Nilson Pinilla Pinilla.

<sup>15</sup> Artículo 9°. Monto de copagos por afiliado beneficiario. El valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes, de la siguiente manera: // 1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes el 11.5% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que el cobro por un mismo evento exceda del 28.7% del salario mínimo legal mensual vigente. // 2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos y cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 17.3% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que exceda del 115% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente, por un mismo evento. // 3. Para afiliados cuyo

Allí se señala también que se entiende por la atención de un mismo evento el manejo de una enfermedad específica del paciente en el mismo año calendario, y, en el artículo 10° del acuerdo se establece el tope máximo de copagos por afiliado beneficiario por año calendario. Tratándose de afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes, el valor del copago será del 11.50% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que el cobro por un mismo evento exceda del 28.7% del salario mínimo legal mensual vigente y se fija como tope máximo anual el 57.5% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 7° del Acuerdo 260 de 2004, están sujetos al cobro de copagos 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 y* 6. *Los servicios que, conforme al artículo 6° del Acuerdo están sujetos al cobro de cuotas moderadoras*<sup>16</sup>.

Adicionalmente, la Corte ha fijado dos reglas jurisprudenciales<sup>17</sup>, de origen constitucional, para determinar los casos en que, en aras de obtener la protección de algún derecho que pueda resultar vulnerado, es necesario eximir al afiliado del pago de las cuotas moderadoras, copagos o cuotas de recuperación según el régimen al que se encuentre afiliado.

Al respecto dispuso que procederá esa exoneración **(i)** cuando la persona que necesita con urgencia<sup>18</sup> un servicio médico carece de la capacidad económica

---

ingreso base de cotización sea mayor a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 23% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que por un mismo evento exceda del 230% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente. // Parágrafo. Para efectos del presente acuerdo se entiende por la atención de un mismo evento el manejo de una patología específica del paciente en el mismo año calendario.

<sup>16</sup> Acuerdo 260 de 2004, Artículo 6°. Servicios sujetos al cobro de cuotas moderadoras. Se aplicarán cuotas moderadoras a los siguientes servicios, en las frecuencias que autónomamente definan las EPS: // 1. Consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada. // 2. Consulta externa por médico especialista. // 3. Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos. El formato para dicha fórmula deberá incluir como mínimo tres casillas. // 4. Exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo cuatro casillas. // 5. Exámenes de diagnóstico por imagenología, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo tres casillas. // 6. Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando la utilización de estos servicios no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud. // Parágrafo 1°. En ningún caso podrá exigirse el pago anticipado de la cuota moderadora como condición para la atención en los servicios de urgencias. // Parágrafo 2°. Si el usuario está inscrito o se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas, en el cual dicho usuario debe seguir un plan rutinario de actividades de control, no habrá lugar a cobro de cuotas moderadoras en dichos servicios. // Parágrafo 3°. Las cuotas moderadoras se pagarán al momento de utilización de cada uno de los servicios, en forma independiente.

<sup>17</sup> Ver Sentencia T-697 de 6 de septiembre de 2007 MP Rodrigo Escobar Gil.

<sup>18</sup> Sobre este particular la Corte Constitucional ha sostenido que para las personas que padecen una enfermedad catastrófica, existe una urgencia en la prestación del servicio a la salud y ha ratificado que procede la regla de no exigibilidad de los copagos correspondientes por considerarse

para asumir el valor de los pagos moderadores, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a este, asumiendo el 100% del valor<sup>19</sup> y **(ii)** cuando una persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad económica para asumirlo, pero tiene problemas para hacer la erogación correspondiente antes de que éste sea suministrado, la entidad encargada de la prestación deberá brindar oportunidades y formas de pago al afectado, para lo cual podrá exigir garantías adecuadas, sin que la falta de pago pueda convertirse en un obstáculo para acceder a la prestación del servicio<sup>20</sup>.

En la Sentencia T-984 de 2006<sup>21</sup> esta Corporación reiteró que cuando una persona no cuenta con los recursos económicos para sufragar los costos de las cuotas correspondientes y requiera de un tratamiento con urgencia, en razón a su estado de salud, este deberá prestársele sin sujeción a lo estipulado en la norma que contempla la exigibilidad de los pagos. En este sentido, la Corte señaló expresamente que *“cuando una persona requiera de un tratamiento médico con urgencia, y no pueda acceder a éste por no tener la capacidad económica suficiente para pagar los copagos, las cuotas moderadoras, las cuotas de recuperación o el porcentaje equivalente a las semanas de cotización faltantes, se deberá inaplicar la normatividad y la entidad territorial, la ARS, o la EPS, según sea el caso, deberá prestarle oportunamente el servicio, en aras de proteger su derecho fundamental a la vida, en conexidad con el derecho a la salud.”*

En este orden de ideas, de conformidad con lo indicado, se tiene que la exigencia reglamentaria de reclamar el pago de cuotas moderadoras y/o copagos no es contraria a la Constitución pues, a través de ellos se busca obtener una contribución económica al Sistema en razón a los servicios prestados. Sin embargo, aquél no podrá exigirse cuando de su aplicación surja la vulneración a un derecho fundamental<sup>22</sup>.

En todo caso, se precisa, será el juez constitucional el encargado de verificar, en cada caso, si el pago de las cuotas de recuperación exigidas por la ley, obstaculiza el acceso al servicio de salud y si, como consecuencia de ello, se genera una vulneración de los derechos fundamentales.”.

---

que ante esa reclamación se pueden ver afectados derechos fundamentales.

<sup>19</sup> Ver Sentencia T-743 de 6 de agosto de 2004 MP Manuel José Cepeda Espinosa.

<sup>20</sup> Ver Sentencia T-330 de 28 de abril de 2006 MP Jaime Córdoba Triviño.

<sup>21</sup> Sentencia T-984 de 27 de noviembre de 2006 MP Jaime Córdoba Triviño.

<sup>22</sup> Ver Sentencia T-697 de 6 de septiembre de 2007 MP Rodrigo Escobar Gil.

**4.6. CASO CONCRETO.** El asunto particular que ocupa la atención del Juzgado, se observa que la señora **Myriam del Socorro González Rojas**, requiere el siguiente servicio médico de Cirugía: “Resección de Tumor Benigno o Maligno de la piel o tejido celular subcutáneo”, no obstante y por cuanto como lo indicó la misma accionante dicha orden tiene más de un año de expedida, por ello el Despacho concedió la medida provisional pero ordenando “cita de primera vez con especialista en cirugía” a fin de determinar el tratamiento a seguir para la patología que aqueja a la accionante.

Igualmente solicitó la exoneración de copagos y cuotas de recuperación y que se le brinde la atención integral que requiere derivados de la patología que padece “*Tumor Benigno Lipomatoso de piel y tejido subcutáneo del Tronco*”.

Ahora bien, en el presente caso se encuentra acreditado que la afectada se encuentra encuestada por el SISBEN en el municipio de Medellín con puntaje de 68.59, por ende, no ha sido clasificada como población pobre para los beneficiarios del régimen subsidiado en salud. En esa medida corresponde al juzgado verificar si se le ha vulnerado derecho fundamental alguno, al no prestársele de forma efectiva los servicio que requiere en razón de la enfermedad diagnosticada.

Acorde a lo anterior, en el caso sub examine, la accionante tiene la calidad de “VINCULADA”, como primera premisa debe advertirse que, acorde a la jurisprudencia constitucional, corresponde al **Estado atender a los participantes “vinculados” al sistema de salud, habida consideración que** al régimen subsidiado, establecido por la Ley 100 de 1993, al que pertenece la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana, con especial énfasis, entre otros, los desempleados y demás personas sin capacidad de pago, encontrándose la actora constitucional en dicha categoría, pues aparece acreditado en los hechos de la tutela que la afectada no cuenta con recursos económicos al encontrarse desempleada.

En desarrollo de las mencionadas disposiciones constitucionales, se expidió la Ley 100 de 1993, en cuyo artículo 1º, señala que el sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afectan y en el artículo 2º

ibídem, dispone que el servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

Por su parte el artículo 8° de la mencionada ley, establece que uno de los objetivos del sistema de seguridad social en salud es el garantizar la ampliación de la cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema mediante mecanismos que en desarrollo del principio de solidaridad permitan que sectores sin capacidad económica suficiente, accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral, a través del régimen subsidiado de salud.

De tal manera que el Sisbén (sistema de selección de beneficiarios para programas sociales) es el principal instrumento con el que cuentan las autoridades de las entidades territoriales para focalizar el gasto social descentralizado, pues la Constitución Política de 1991, impone al gobierno nacional, departamental y municipal, dirigir el gasto social hacia las personas más pobres y vulnerables.

Se precisa que, conforme a nuestro ordenamiento jurídico vigente, tal deber recae sobre las correspondientes entidades territoriales, siendo en este caso la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, que es el ente que coordina en nuestro Departamento la atención en salud prestada por las instituciones públicas y las privadas que tengan contrato con el Estado.

Es así como el artículo 157 de la ley 100 de 1993 estipula la participación de todos los colombianos en el sistema General de Seguridad Social en Salud, bien sea a través de la afiliación en el régimen contributivo para las personas con capacidad de pago, o a través del régimen subsidiado para las personas pobres del país o bajo la categoría de los participantes vinculados definidos como: “aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención en salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado” y por su lado el artículo 32 del Decreto 806 de 1998 que regula la afiliación de vinculados al régimen de seguridad social en salud estipula que *“Serán vinculadas al sistema general de seguridad social en salud las personas que no tienen capacidad de pago mientras se afilian al régimen subsidiado.”*

Y el artículo 33 de la mencionada normatividad determina los beneficios de las personas vinculadas al sistema, así: *“Mientras se garantiza la afiliación a toda la población pobre y vulnerable al régimen subsidiado, las personas vinculadas al sistema general de seguridad social en salud, tendrán acceso a los servicios de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado para el efecto, de conformidad con la capacidad de oferta de estas instituciones y de acuerdo con las normas sobre cuotas de recuperación vigentes”*.

De tal suerte entonces que mientras los VINCULADOS logren su afiliación al régimen subsidiado tienen la posibilidad de acceder a las instituciones de salud que reciben recursos públicos bajo dicha figura de participación vinculada, esto es, que tendrán el derecho de acceder a los servicios de salud sin que se encuentren afiliados o deban afiliarse a alguno de los dos regímenes establecidos.

Así mismo, la Ley 715 de 2001 señala sin ninguna ambigüedad las competencias de las entidades territoriales en materia de prestación de servicios de salud de los participantes vinculados. En el artículo 43-2 se establece que corresponde a los Departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el sistema general de seguridad social en salud en el territorio de su jurisdicción y le asigna entre otras las funciones de gestionar la prestación de los servicios de salud, **de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda**, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas. También debe financiar con recursos propios o asignados por participaciones la prestación de servicios de salud de esta población, así como también le corresponde organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de instituciones prestadoras de servicios de salud públicas en el departamento.

Además se indica que es deber del Estado propender por la utilización social y económica de los recursos administrativos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente, por lo que con las atenciones en salud debe buscarse la recuperación o restablecimiento de las condiciones de salud del usuario para lo cual se requiere que sea atendido no solo por médico general, sino por el especialista en la materia, a fin de que dicha protección a

la salud se torne eficaz, sin que sea aceptable de manera alguna que haya discriminación en el nivel de atención entre los usuarios de los distintos regímenes de seguridad social en salud, y es así como en la referida sentencia de constitucionalidad se precisó: “respecto de los servicios que se prestan en cada uno de los regímenes de salud ha afirmado esta Corte, que tanto los afiliados al Régimen Contributivo como al subsidiado, tienen igual derecho a recibir los servicios de salud comprendidos en los respectivos planes básicos y obligatorios de salud -POS-, garantizando de esta forma el legislador el derecho irrenunciable a la salud. En este sentido, ha sostenido también que en caso que se excluya del sistema de seguridad social en salud a algún sector de la población, ello vulnera abiertamente la Constitución (arts. 48 y 49).”

Conforme a todo lo anterior no es de recibo entonces la respuesta brindada por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, en donde dice que debe negarse la acción de tutela por no existir ninguna vulneración a los derechos fundamentales de la afiliada, ya que a su juicio acataron la orden de la medida provisional y ya le autorizaron todos los servicios en salud requeridos por la accionante.

Y es que se evidencia una vulneración a los derechos fundamentales invocados, bajo el entendido que no existe constancia que se haya dado cumplimiento a la medida provisional decretada, pues aunque en la orden allegada se le asignó a la señora **González, cita para el día 6 de agosto de 2020**, la asignación lo fue en virtud de la orden judicial impartida, sometiendo a la afectada a demoras injustificadas, ya que se le había autorizado cirugía de manera prioritaria hace más de un año, cuando claramente es el Departamento de Antioquia Secretaría de Salud y Protección Social, el directamente encargado de garantizar la salud de la accionante quien es población vinculada, sin presentar evasivas y omisiones, por lo que para el Despacho no es de recibo la negligencia que ha demostrado el ente territorial frente al injustificado retardo para realizar las atenciones médicas requeridas, máxime que esto afecta la estabilidad y vida de la paciente.

De otro lado y frente a la inconformidad respecto a la exoneración del copago o cuota de recuperación, cabe indicar que para los pacientes vinculados al sistema de seguridad social en salud, tal como lo es el caso de la aquí afectada, ha sido pródiga la jurisprudencia constitucional al establecer que las cuotas de recuperación no pueden convertirse en barreras para la prestación de los

servicios de salud a las personas que no están en capacidad económica para sufragar tales erogaciones, por encontrarse estas dentro de los grupos con niveles de pobreza más significativos, logrando con ello cumplir los postulados constitucionales que impone el Estado social de derecho y las medidas positivas que implica la efectividad del derecho de igualdad, caso en el cual la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a éste.

Por lo expuesto, siguiendo los lineamientos legales y jurisprudenciales antedichos, el amparo constitucional deprecado por la afectada está llamado a prosperar a favor de sus intereses, como quiera que desde el escrito introductor se afirmó que carece de los recursos económicos para costear los procedimientos requeridos, pues en aplicación de lo dispuesto en el artículo 32 de la Ley 1438 de 2011, cuando una persona carece de pago tiene derecho a la prestación de los servicios de salud con cargo al Departamento.

Así, ante la situación actual de desafiliación al sistema de seguridad social en salud de la señora **Myriam del Socorro González Rojas**, se Ratificará la medida provisional y se ordenará a la SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA, que de manera inmediata y si aún no lo ha hecho,  **programe y realice de manera efectiva, a través de una institución pública o privada que tenga contrato con el Estado “Cita de primera vez con médico especialista en cirugía general”**, según se desprende de la solicitud de autorización de servicios de salud, sin el cobro de copagos o cuotas de recuperación.

Asimismo, se concederá el TRATAMIENTO INTEGRAL, teniendo en cuenta la naturaleza de la enfermedad y su estado de salud, además, con el fin de garantizar la continuidad en el servicio de salud y evitar así, que tenga que interponer nuevas acciones de tutela ante una eventual negativa a la prestación del servicio relacionado con diagnóstico de *“Tumor Benigno Lipomatoso de piel y tejido subcutáneo del Tronco”*. Consecuente con lo anterior, se le ordenará a la SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA garantizar la prestación del tratamiento integral, siempre y cuando el médico tratante lo considere necesario para el pleno restablecimiento de la salud o para mitigar las dolencias que le impidan llevar una vida en mejores condiciones hasta tanto sea afiliado al régimen contributivo o subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud.

De otro lado, se observa que no es posible ordenar la afiliación de la accionante en el régimen subsidiado, por lo que pasa a exponerse:

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

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

De los documentos allegados al plenario, a la señora Myriam del Socorro González Rojas, se le asignó en el año 2010 un puntaje de 68.59 por parte del Municipio de Medellín.

Así las cosas, el puntaje asignado, como se advirtió, no es suficiente para acceder al régimen subsidiado y mal haría esta juzgadora en conceder tal beneficio a quien objetivamente no cumple con los requisitos establecidos en la Ley.

Ahora bien, este Despacho es consciente que la afectada en ningún momento ha solicitado la encuesta del SISBÉN y no se advierte una acción u omisión por parte del municipio de Medellín que lesione los derechos fundamentales de la misma; sin embargo, en aras de otorgar una protección integral a la pretendiente, en consideración a su situación, se ordenará al Municipio de Medellín que en el término de 15 días realice una visita a la **señora Myriam González Rojas**, a fin de que realicen nuevamente la encuesta del SISBEN y, en caso de que cumplan con los requisitos para hacer parte del régimen subsidiado, realicen un acompañamiento para que se efectúe la afiliación.

Es importante indicar que la anterior decisión se adopta en consideración a la emergencia sanitaria, social y económica declarada mediante Decreto 417 de 2020 y la imposibilidad en la que se encuentra la accionante de exponerse al

contagio de COVID 19, saliendo de su vivienda a solicitar la encuesta. Así las cosas, el Municipio de Medellín deberá facilitar la encuesta para reevaluar las condiciones en las que se encuentra el actor.

Se ordenará desvincular del presente trámite a la E.S.E. Hospital La María de Medellín y al Departamento Nacional de Planeación, por cuanto no se vislumbra vulneración alguna de su parte.

## V. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la suscrita **Juez Trece Civil Municipal de Oralidad de Medellín**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por mandato de la Constitución Política,

### RESUELVE

**Primero: TUTELAR** los derechos fundamentales a la vida, la salud y la seguridad social de la señora **Myrian del Socorro González Rojas**, que están siendo vulnerados por el **Departamento de Antioquia - Secretaría Seccional De Salud y Protección Social**.

**Segundo: Ratificar** la medida provisional concedida en el auto admisorio, en el sentido de ordenar al **Departamento de Antioquia - Secretaría Seccional De Salud y Protección Social** que de manera *INMEDIATA* a la notificación del presente fallo, si aún no lo ha hecho,  **programe y realice de manera efectiva, a través de una institución pública o privada que tenga contrato con el Estado** “Cita de primera vez con médico especialista en cirugía general” a efectos de que se determine el tratamiento para la patología que la aqueja, según se desprende de la solicitud de autorización de servicios de salud a la señora **Myriam del Socorro González Rojas**, sin el cobro de copagos y/o cuotas de recuperación.

**Tercero: Conceder** el **TRATAMIENTO INTEGRAL** a la señora **Myriam del Socorro González Rojas** para la patología que le aqueja “*Tumor Benigno Lipomatoso de piel y tejido subcutáneo del Tronco*”. Consecuente con lo anterior, se ordena al **Departamento de Antioquia - Secretaría Seccional De Salud y Protección Social** garantizar la prestación del tratamiento integral, siempre y cuando el médico tratante lo considere necesario para el

pleno restablecimiento de la salud o para mitigar las dolencias que le impidan llevar una vida en mejores condiciones hasta tanto sea afiliada al régimen contributivo o subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud. Todo ello sin el cobro de copagos o cuotas de recuperación

**Cuarto. Ordenar al Municipio de Medellín**, que en el término de 15 días realice una visita a la señora **Myriam del Socorro González Rojas**, a fin de que realicen nuevamente la encuesta del SISBEN y, en caso de que cumpla con los requisitos para hacer parte del régimen subsidiado, realicen un acompañamiento para que se efectúe la afiliación.

**Quinto. Desvincular** del presente trámite a la **E.S.E. Hospital La María de Medellín y al Departamento Nacional de Planeación**, por lo indicado en la parte motiva de esta providencia.

**Sexto: Notificar** por el medio más expedito y eficaz posible la presente decisión a las partes, según lo dispuesto por los artículos 16 y 30 del Decreto 2591 de 1991 y artículo 5° del Acuerdo 306 de 1992, dejando la respectiva constancia en el expediente, advirtiéndole acerca de la procedencia de la IMPUGNACIÓN de este fallo, la cual puede interponerse dentro de los tres (03) días siguientes a su notificación, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 31 del Decreto 2591 de 1991.

**Séptimo.** Remítase a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión, si no fuere impugnada.

**NOTIFÍQUESE**

**PAULA ANDREA SIERRA CARO**

**JUEZ**

1

**Firmado Por:**

**PAULA ANDREA SIERRA CARO**  
**JUEZ MUNICIPAL**  
**JUZGADO 013 CIVIL MUNICIPAL DE MEDELLÍN**

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:

**e8132b94a274bcbf15b643f36c1327566754348ba5e89d1b7bee16814b62**  
**270e**

Documento generado en 06/08/2020 03:14:55 p.m.