



República de Colombia
Rama Judicial del Poder Público
JUZGADO ONCE CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD
Medellín, once (11) de diciembre de dos mil veinte (2020)

Proceso:	Acción de Tutela
Accionantes:	Oscar Jairo Silva González Mary Luz González Tabares
Accionado:	E.P.S Coomeva
Radicado:	05001 40 03 011 2020 00905 00
Instancia:	Primera
Providencia:	Sentencia Tutela No. 694 de 2020
Decisión:	Concede amparo constitucional
Temas:	La salud es un derecho fundamental y es, además, un servicio público así sea prestado por particulares. Las entidades prestadoras de salud deben garantizarlo en todas sus facetas preventiva, reparadora y mitigadora y habrán de hacerlo de manera integral, en lo que hace relación con los aspectos físico, funcional, psíquico, emocional y social.

Dentro de la oportunidad contemplada en el artículo 86 de la Constitución Política, se decide la **ACCIÓN DE TUTELA**, promovida por **OSCAR JAIRO SILVA GONZALEZ** y **MARY LUZ GONZALEZ TABARES** en contra de la **E.P.S COOMEVA** para la protección de sus derechos constitucionales fundamentales a la salud, la vida y la integridad personal.

I. ANTECEDENTES

1. Fundamentos Fácticos. Indicó la parte actora que Oscar Jairo Silva González es hijo de la señora Mary Luz González Tabares quien a su vez se encuentra afiliada a la E.P.S COOMEVA.

Cuenta que durante varios meses del segundo semestre de 2019 y hasta febrero de 2020 ha sido beneficiario en el sistema de salud por parte de su madre Mary Luz González Tabares mediante los pagos de UPC adicional; condición que cambió debido a su afiliación como independiente para desempeñarse como contratista, momento en el cual se le requirió por parte de la E.P.S COOMEVA el pago del mes de febrero por UPC adicional, pago que efectivamente realizó.

Dicen que una vez finalizado el contrato de prestación de servicios, en el mes de septiembre de 2020, la señora Mary Luz González Tabares se comunicó con la E.P.S

COOMEVA con el fin de realizar nuevamente la afiliación de Oscar Jairo Silva González con pago de UPC adicional, recibiendo como respuesta que su hijo presentaba mora como independiente por el mes de febrero.

Cuenta que en cartera les indicaron que la mora era por cinco días del mes de febrero, mes del que se hizo el ultimo pago por UPC adicional, por lo tanto, se requerido doble pago, pero de igual forma aducen que se realizó el pago requerido.

Posteriormente, han realizado llamadas y solicitudes pero las mismas no se han resuelto, puesto que nuevamente se les indica que tienen cartera pendiente con la E.P.S COOMEVA por valor de \$53.000, valor que fue cancelado el 11 de noviembre de 2020, pero al verificar el sistema el 26 de noviembre de 2020, se evidencia que el señor Oscar Jairo Silva González continua como retirado del sistema de salud.

2. Petición. Con fundamento en los hechos narrados, pide la parte accionante le sea ordenado a la E.P.S COOMEVA afiliar a Oscar Jairo Silva González como beneficiario de Mary Luz González Tabares pagando el valor de la UPC adicional, y que

3. De la contradicción. Habiéndose notificado a la accionada del auto admisorio proferido el día 13 de noviembre de 2020, remitido mediante comunicación enviada al correo electrónico judicial dispuesto, la misma indicó lo siguiente.

La **E.P.S COOMEVA** manifestó que al accionante presenta mora como UPC adicional, pero conforme las peticiones se remitió el caso al área encargada con el fin de dar la información pertinente y solicitada del caso, la cual se encuentra en tramite por parte del área comercial.

Indican que la presente acción de tutela es improcedente por la inexistencia de vulneración de derechos fundamentales y por la carencia del principio de subsidiariedad.

II. CONSIDERACIONES

1. Competencia: En virtud de lo dispuesto en los artículos 86 de la Constitución Política Colombiana, 1 y 37 del Decreto 2591 de 1991 en concordancia con el Decreto 1382 de 2000, este Juzgado es competente para conocer en primera instancia de la presente acción constitucional.

2. Problema Jurídico: Corresponde al despacho resolver si la entidad accionada vulnera los derechos fundamentales del señor Oscar Jairo Silva González al negarle la afiliación al sistema de salud en calidad de beneficio de su madre Mary Luz González Tabares, aduciendo mora en el pago del UPC adicional.

3. La acción de tutela. El artículo 86 de la Carta Política dispone que cuando se encuentre vulnerado o amenazado un derecho constitucional fundamental, la acción de tutela procede como mecanismo de defensa judicial para su protección inmediata, frente a cualquier acción u omisión que provenga ya sea de una autoridad pública o de un particular. El juez de tutela tiene la labor de valorar si efectivamente el derecho fundamental del accionante se encuentra amenazado o vulnerado, con el fin de establecer si es procedente el amparo.

Así en caso de no disponer de un medio de defensa procederá la acción de tutela de manera definitiva y en el evento que exista y éste no resulte idóneo y eficaz, se reconocerá como mecanismo transitorio, a no ser que una persona se halle ante un perjuicio irremediable.

Al ser ésta la oportunidad legal y al no haber encontrado causal que invalide la actuación, se entra a decir el presente asunto, previas las siguientes,

III. PREMISAS JURIDICAS Y JURISPRUDENCIALES APLICABLES.

1. El derecho a la salud en el bloque de constitucionalidad: la observación general No. 14 del Comité De Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC). La sentencia T-760 de 2008, además de resumir y sistematizar los pronunciamientos precedentes de la Corte Constitucional en materia de salud, también hizo referencia a los tratados y convenios internacionales que han consagrado este derecho. Así, dentro de los numerosos instrumentos internacionales que reconocen la salud como derecho del ser humano, destaca de forma especial el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y su artículo 12 que establece el derecho "*al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*", así como el profundo desarrollo que hace de este artículo la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC).

La mencionada Observación ha tenido un impacto importante en la jurisprudencia de la Corte Constitucional, pues ha servido como referente central en la construcción y delimitación del derecho a la salud. En ella, el Comité establece de manera clara y categórica que la salud "*es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos*". En referencia al contenido normativo, señala que una parte esencial del derecho es la existencia de "*un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud*". Es decir, para el CDESC la salud es un derecho humano elemental e irrenunciable cuya efectiva realización está ligada a la existencia de un sistema de protección a cargo del Estado. Por ello, la salud es entendida también como "*un derecho*

al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud".

Ahora, de lo anterior se extrae que si bien la salud es un derecho humano indiscutible de todo ser humano, su realización está sujeta a ciertos límites relacionados con los recursos materiales disponibles para su prestación. El concepto del "*nivel más alto de salud posible*" tiene en cuenta tanto las necesidades de la persona, como la capacidad del Estado. La misma Observación señala la existencia de varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los ciudadanos. Por ejemplo, se destaca la imposibilidad de "*brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano*".

Por último, el Comité establece que el servicio de salud abarca "*en todas sus formas y a todos los niveles*" cuatro elementos esenciales e interrelacionados cuya aplicación constituye el nivel mínimo de satisfacción del derecho, a saber: *disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad*". Estos elementos, no obstante, son amplios en su definición y sirven como pautas indiscutibles para que el Estado –a través de su legislación interna– concrete e implemente su contenido.

2. Principios que guían la prestación del servicio a la salud. La garantía constitucional con la que cuenta toda persona a acceder a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, contemplada en los artículos 48 y 49 la Constitución Política y los artículos 153 y 156 de la Ley 100 de 1993, implica que el servicio a la salud debe ser prestado conforme a los principios de oportunidad, eficiencia, calidad, integralidad y continuidad, entre otros.

Oportunidad: Significa que el usuario debe gozar de la prestación del servicio en el momento que corresponde para la recuperación satisfactoria de su estado de salud para no padecer progresivos sufrimientos. Esto quiere decir que cuando el acceso a un servicio de salud no es prestado oportunamente, se configura un acto trasgresor del derecho fundamental a la salud, por cuanto la salud puede deteriorarse considerablemente. Este principio incluye el derecho al diagnóstico del paciente, el cual es necesario para establecer un dictamen puntual de la patología que padece la persona, con el fin de asegurarle el tratamiento adecuado.

Eficiencia: Este principio busca que "los trámites administrativos a los que está sujeto el paciente sean razonables, no demoren excesivamente el acceso y no impongan al interesado una carga que no le corresponde asumir".

Calidad: Conlleva que todas las prestaciones en salud requeridas por el paciente, sean los tratamientos, medicamentos, cirugías o procedimientos, contribuyan notoriamente a la mejora de las condiciones de vida y salud de los pacientes. Quiere decir que las

entidades obligadas a garantizar la prestación del servicio, no deberán suministrar medicamentos o prestar cualquier servicio médico con deficiente calidad, y que como consecuencia, agrave la salud de la persona.

Integralidad: El principio de integralidad ha sido postulado por la Corte Constitucional para las situaciones en las cuales, los servicios de salud requeridos son fraccionados o separados, de tal forma que la entidad responsable solo le autoriza al interesado, una parte de lo que debería recibir para recuperar su salud. Esta situación de fraccionamiento del servicio se debe por ejemplo al interés que tiene la entidad responsable en eludir un costo que a su juicio no le corresponde asumir. En otras palabras, este principio predica que las entidades que participan en el Sistema de Seguridad Social en Salud deben prestar un tratamiento integral a sus pacientes.

Sintetizando, el principio de integralidad pretende: "(i) garantizar la continuidad en la prestación del servicio y (ii) evitar a los accionantes la interposición de nuevas acciones de tutela por cada nuevo servicio que sea prescrito por los médicos adscritos a la entidad, con ocasión de la misma patología".

Continuidad: Esta Corporación ha amparado el derecho a que a toda persona se le garantice la no interrupción de un tratamiento, una vez éste haya sido iniciado antes de la recuperación o estabilización del paciente. Así, una institución encargada de prestar el servicio de salud, puede terminar la relación jurídico-formal con el paciente de acuerdo con las normas correspondientes, pero ello no implica que pueda dar por terminada inmediatamente la relación jurídica-material, en especial si a la persona se le está garantizando el acceso a un servicio de salud.

3. Naturaleza y alcance del derecho fundamental a la salud. Desde hace varios años, la jurisprudencia constitucional viene reconociendo la naturaleza fundamental del derecho a la salud en virtud de su orientación a la realización de la dignidad humana y su expreso reconocimiento constitucional.

Por tanto, la jurisprudencia constitucional ha dejado de señalar que ampara el derecho a la salud 'en conexidad con el derecho a la vida y a la integridad personal'. En su lugar ha reconocido la 'connotación fundamental y autónoma' del derecho a la salud.

De acuerdo a esto, el derecho a la salud es fundamental en razón a que está dirigido a lograr la dignidad humana; asimismo su objeto ha venido siendo definido en los planes obligatorios de salud Ley 100 de 1993, Decreto Reglamentario de Salud 780 de 2016, y otras fuentes normativas como instrumentos del bloque de constitucionalidad, la jurisprudencia constitucional, entre otras, le otorgan el carácter de derecho subjetivo.

En cuanto al ámbito de protección del derecho fundamental a la salud, la sentencia T-760 de 2008, indicó: *“el ámbito del derecho fundamental a la salud está delimitado por la dogmática constitucional, que reconoce los contenidos garantizados a las personas en virtud del mismo. El ámbito de protección, por tanto, no está delimitado por el plan obligatorio de salud. Puede existir un servicio de salud no incluido en el plan, que se requiera con necesidad y comprometa en forma grave la vida dignidad de la persona o su integridad personal”*.

Adicionalmente, la Corte Constitucional, en virtud del principio a la dignidad humana, ha considerado que el estado máximo de bienestar físico, mental, social y espiritual de una persona, debe lograrse paulatinamente conforme al principio de progresividad y no regresión.

En síntesis, el derecho a la salud es fundamental de manera autónoma, de acuerdo con la jurisprudencia constitucional, su contenido mínimo, así como aquellos contenidos definidos por vías normativas como la ley y la jurisprudencia son de inmediato cumplimiento. Los demás contenidos deben irse ampliando y desarrollando paulatinamente conforme al principio de progresividad y no regresión.

4. El derecho de “libre escogencia” de entidades promotoras de salud.

Colombia es un Estado social de derecho fundado en el respeto de la dignidad humana (Art. 1°C.P), y en ejercicio de la libertad y la autonomía, toda persona tiene derecho a tomar aquellas decisiones determinantes para su vida.

Sobre la noción jurídica de dignidad humana, en el ámbito de la autonomía personal, en la citada providencia se estimó que es: *“la libertad de elección de un plan de vida concreto en el marco de las condiciones sociales en las que el individuo se desarrolle. Libertad que implica que cada persona deberá contar con el máximo de libertad y con el mínimo de restricciones posibles, de tal forma que tanto las autoridades de Estado, como los particulares deberán abstenerse de prohibir e incluso de desestimular por cualquier medio, la posibilidad de una verdadera autodeterminación vital de las personas, bajo las condiciones sociales indispensables que permitan su cabal desarrollo”*.

Por otra parte, en desarrollo de los postulados constitucionales previstos en los artículos 48 y 49 de la Carta Política, en cuanto a la consagración de la seguridad social y la atención en salud como servicios públicos de carácter obligatorio, que se deben prestar bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley, y la garantía que tienen todas las personas al acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, el legislador fijó por objeto del Sistema de Seguridad Social Integral, 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 afecten.

Dentro de los principios rectores que orientan el SGSSS, cabe destacar el de "*libre escogencia*", consagrado en el numeral 4° del artículo 153 de la Ley 100 de 1993: "*Libre escogencia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios*"(Subrayado fuera del texto).

De igual forma, en los artículos 156 y 159 de la Ley 100 de 1993 se indica que el citado principio es una de las características básicas del SGSSS que permite a los afiliados la elección libre de Entidad Promotora de Salud y una garantía que tienen los afiliados con relación a la debida organización y prestación del servicio público de salud. Así entonces, el principio de "*libre escogencia*", además de ser una de las reglas del servicio público de salud, rector del SGSSS, es una característica y garantía de los afiliados.

En este mismo sentido, el artículo 45 del Decreto 806 de 1998 señala que la "*afiliación a una cualquiera de las entidades promotoras de salud, EPS, en los regímenes contributivo y subsidiado, es libre y voluntaria por parte del afiliado. Por consiguiente, el cambio de EPS no sólo se autoriza, sino que se garantiza legalmente.*"

El artículo 183 de la Ley 100 de 1993 contempla las prohibiciones para las Entidades Promotoras de Salud EPS en los siguientes términos: "*PARÁGRAFO 2o. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios, así como las prácticas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre escogencia dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

Con el fin de hacer efectivo el derecho de los usuarios a la "*libre escogencia*", el mismo artículo 153 prevé sanciones en caso de su incumplimiento, remitiendo al régimen sancionatorio al que hace expresa referencia el artículo 230 de la misma Ley 100 de 1993.

5. Trámite de afiliación al SGSSS. Las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud se encuentran establecidas en el Decreto 780 expedido por el Gobierno Nacional Social el 6 de mayo de 2016.

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 2.1.3.2 y 2.1.3.4 de dicha normativa, la afiliación se realiza por una sola vez y con ella se adquieren todos los derechos y obligaciones derivados del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La norma establece que para afiliarse y acceder a la totalidad de los servicios del SGSSS, los ciudadanos deben presentar alguno de los siguientes documentos:

"Artículo 2.1.3.5 Documentos de identificación para efectuar la afiliación y reportar las novedades.

Para efectuar la afiliación y reportar las novedades, los afiliados se identificarán con uno de los siguientes documentos:

- 1. Registro Civil Nacimiento o en su defecto, el certificado de nacido vivo para menores de 3 meses.*
- 2. Registro Civil Nacimiento para los mayores de 3 meses y menores de siete (7) años edad.*
- 3. Tarjeta de identidad para los mayores (7) años y menores de dieciocho (18) años de edad.*
- 4. Cédula de ciudadanía para los mayores de edad.*
- 5. Cédula de extranjería, pasaporte, carné diplomático o salvoconducto de permanencia, según corresponda, para los extranjeros.*
- 6. Pasaporte de la Organización de las Naciones Unidas para quienes tengan la calidad refugiados o asilados".*

Con fundamento en lo anterior, se evidencia que esa disposición indica que todos los ciudadanos independientemente de que sean nacionales colombianos o extranjeros, deben tener un documento de identidad válido para poderse afiliar al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por lo tanto, si un extranjero se encuentra con permanencia irregular en el territorio colombiano, tiene la obligación de regularizar su situación migratoria para obtener un documento de identificación válido y así iniciar el proceso de afiliación.

En este escenario, luego de haber reiterado la jurisprudencia constitucional relativa al derecho a la salud y hecho referencia a la normativa que estructura el Sistema de Salud, es necesario develar la forma en que, actualmente, todo lo anterior se dinamiza para la garantía del derecho a la salud de los migrantes en Colombia. Lo anterior, con el fin de comprender las complejidades que rodean la garantía del derecho a la salud de este grupo poblacional que, como se explicará más adelante, se encuentra en condiciones de especial vulnerabilidad y merecen una atención en salud 'hasta el más alto nivel posible.

Ahora, en relación con la afiliación al régimen contributivo de los familiares del cotizante, el artículo 34 del Decreto 806 de 1998 estipulaba:

"Artículo 34. Cobertura familiar. El grupo familiar del afiliado cotizante o subsidiado, estará constituido por:

a) El cónyuge;

b) A falta de cónyuge la compañera o compañero permanente, siempre y cuando la unión sea superior a dos años;

c) Los hijos menores de dieciocho (18) años que dependen económicamente del afiliado;

d) Los hijos de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del afiliado;

e) Los hijos entre los dieciocho (18) y los veinticinco (25) años, cuando sean estudiantes de tiempo completo, tal como lo establece el Decreto 1889 de 1994 y dependan económicamente del afiliado;

f) Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado que se encuentren en las situaciones definidas en los numerales c) y d) del presente artículo;

g) A falta de cónyuge o de compañera o compañero permanente y de hijos, los padres del afiliado que no estén pensionados y dependan económicamente de éste.

Parágrafo. Se entiende que existe dependencia económica cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su congrua subsistencia."

Como complemento, el artículo 40 de esa normativa establecía que si un afiliado cotizante tenía otras personas diferentes a las establecidas que dependieran económicamente de él y fueran menores de 12 años o con un parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad, podrían incluirse en el grupo familiar, siempre y cuando pagaran un aporte adicional atendiendo a la edad y el género de la persona de más inscrita en el grupo familiar. Este afiliado sería un cotizante dependiente con los mismos derechos de los beneficiarios.

Posteriormente el Decreto 2353 de 2015 modificó la disposición referida sobre quiénes pueden pertenecer al régimen contributivo como beneficiarios, y estableció que *"los miembros del núcleo familiar del cotizante de conformidad con lo previsto en el presente decreto, siempre y cuando no cumplan con alguna de las condiciones señaladas en el numeral 34.1 del presente artículo."*

Así mismo consagró en el artículo 38 la figura del afiliado adicional, en virtud de la cual el cotizante puede afiliar como beneficiario a aquellas personas que tenga a cargo y dependan económicamente de él y se encuentren hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad y, no cumplan los requisitos para ser cotizantes o beneficiarios en el régimen contributivo, *"de manera que podrán incluirse en el núcleo familiar pagando la UPC correspondiente a su grupo de edad, el per cápita para*

promoción y prevención, y un valor destinado a la subcuenta de solidaridad equivalente al 10% de la sumatoria del valor de los dos conceptos."

IV. CASO CONCRETO

De cara al artículo 10 del Decreto 2551 de 1991, cualquier persona capaz, puede fungir como parte accionante para la protección de sus derechos fundamentales o los derechos de un tercero. Para el caso de la referencia, los accionantes son personas mayores de edad que actúan en nombre propio, sin referir limitación alguna a su capacidad legal, por lo que se encuentran legitimados por activa para actuar en el presente trámite constitucional.

El artículo 42 del Decreto 2591 de 1991 manifiesta que la acción de tutela procede contra toda acción u omisión de particulares, que se encuentren prestando un servicio público. Para el caso en concreto la parte pasiva es una entidad prestadora del servicio de salud, mismo que es catalogado como un servicio público esencial, lo que genera la procedibilidad de la acción en su contra. Además, tiene la calidad de sujeto con personería jurídica, quien se encuentra legitimado por pasiva, para ser parte en el proceso y para comparecer al mismo, por intermedio de su representante legal.

Como primero, téngase presente, que por ser el derecho a la salud un derecho fundamental autónomo reconocido por la constitución, puede ser protegido mediante la Acción Constitucional de Tutela cuando resulte amenazado o vulnerado y no exista otro medio idóneo de defensa judicial, presupuesto que cobra mayor relevancia cuando el país y el mundo se encuentran pasando por una pandemia que afecta gravemente la salud de la población. En este orden de ideas, no es procedente la excepción de falta de subsidiariedad presentada por la E.P.S accionada, en tanto la vía dispuesta por la parte actora para la protección de su derecho es la adecuada e idónea, ante la falta de afiliación al sistema de salud.

Ahora, en el presente caso la parte accionante pretende el amparo del derecho fundamental, al considerar que la entidad accionada debe afiliarlo al sistema de salud como beneficiario de su madre y garantizarle la prestación oportuna de los servicios de salud requeridos, toda vez que no se presenta mora en el pago de la UPC adicional.

La E.P.S COOMEVA al momento de dar respuesta a la presente acción constitucional, continúa negando la afiliación del señor Oscar Jairo Silva González, al considerar que se encuentra en mora en el pago de la UPC adicional. Sin embargo, no fue una respuesta contundente, pues no indicó cuál era la deuda y a qué fechas corresponde la misma, por el contrario, envió solicitud de información al área encargada, advirtiendo que esta información nunca llegó al presente trámite.

Para resolver el caso objeto de conocimiento, el despacho deberá hacer un análisis del material probatorio obrante en la foliatura, en consideración a la negativa por parte de la accionada.

Como primero, reposa en el expediente que una serie de correos electrónicos intercambiados entre la parte accionante y empleados de la entidad prestadora del servicio de salud, donde se pone de presente que el actor presenta mora en el pago de la UPC adicional del mes de febrero de 2020 y debe comunicarse con cartería, a lo que el actor responde que procedió con el pago del mismo en orden a materializar su afiliación como beneficiario al sistema de salud.

Como segundo, se advierte que efectivamente al actor entre el mes de febrero de 2020 y el mes de septiembre de 2020, presentó afiliación al sistema de salud en calidad de cotizante independiente, hecho que se evidencia claramente de los comprobantes de pago de las planillas de cotización.

En consideración de lo anteriormente enunciado, es deber del Juez realizar una valoración de las pruebas de una forma conjunta, con el fin de establecer los hechos probados y no probados dentro del expediente.

La labor del despacho en el presente caso se encuentra encaminada a establecer el cumplimiento de los requisitos legales para que el señor Oscar Jairo Silva González acceda al sistema de salud como beneficiario, requisitos que a groso modo son: 1. Diligenciar el formulario de afiliación. 2. No estar en Mora. 3. Documento de identidad. 4. Certificación del parentesco. 5. Pago de la UPC adicional.

Quiere decir esto, que el ciudadano que pretenda afiliarse como beneficiario del sistema de salud, debe cumplir los requisitos para tal fin, requisitos que de entrada advierte el despacho se cumplen para el caso de marras, a lo que debemos de agregar que la E.P.S COOMEVA solo planteó reproche frente al pago de la UPC adicional del mes de febrero, pero sin tener en cuenta la manifestación del actor, es decir, que el pago ya se había realizado desde el 13 de octubre de la presente anualidad, conforme reposa en el expediente la prueba del envío del recibo y del formulario de afiliación; pago que itera, nuevamente realizó el 11 de noviembre de 2020, sin que la E.P.S lo afiliara, según pudo corroborar esta judicatura en la plataforma del ADRES, donde su estado de afiliación es retirado.

Es por lo expuesto, que el despacho advierte una clara vulneración al derecho a la salud del accionante, así como una injustificada razón al acceso al sistema de salud, ya que la E.P.S en ningún momento llegó a probar que efectivamente se le adeudaba el pago de

la UPC adicional del mes de febrero, hecho que se encontraba en la obligación de probarlo, conforme el régimen probatorio colombiano.

Es por lo dicho, que se encuentran plenamente acreditados los requisitos exigidos por la Ley para que el accionante se afilie como beneficiario de su madre, a la E.P.S de su elección, sin que, para lo anterior, le sea permitido a la E.P.S exigir requisitos distintos a los exigidos para un trámite de afiliación, requisitos que se itera, fueron acreditados en el trámite constitucional, sin que la manifestación de la accionada desvirtuara la manifestación elevada con el escrito de tutela.

Es por ello que esta Judicatura sin lugar a dubitación alguna, ha de proteger el derecho fundamental a la salud del señor Oscar Jairo Silva González, el cual se encuentra siendo vulnerado por la E.P.S COOMEVA.

En consecuencia, se ORDENARÁ a la E.P.S COOMEVA que en el término improrrogable de cuarenta y ocho (48) horas, contadas a partir de la notificación de la presente providencia, proceda a afiliar al señor Oscar Jairo Silva González como beneficiario de su madre la señora Mary Luz González Tabares, en tanto, todo cotizante del Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene derecho a afiliar como beneficiarios, sin ningún costo, a los integrantes de su núcleo familiar según lo define el Decreto 2353 de 2015.

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO ONCE CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD DE MEDELLÍN**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

V. FALLA

PRIMERO: TUTELAR el derecho constitucional fundamental a la salud invocado por **OSCAR JAIRO SILVA GONZALEZ** y **MARY LUZ GONZALEZ TABARES** frente a la **E.P.S COOMEVA**, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: ORDENAR a la **E.P.S COOMEVA**, que en el término improrrogable de cuarenta y ocho (48) horas, contadas a partir de la notificación de la presente providencia, proceda a afiliar al señor **OSCAR JAIRO SILVA GONZÁLEZ** como beneficiario de su madre la señora **MARY LUZ GONZÁLEZ TABARES**, en tanto, todo cotizante del Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene derecho a afiliar como beneficiarios, sin ningún costo, a los integrantes de su núcleo familiar según lo define el Decreto 2353 de 2015.

TERCERO: NOTIFICAR a las partes la presente decisión, por el medio más expedito y eficaz posible, según lo dispuesto por los artículos 16 y 30 del Decreto 2591 de 1991 y el artículo 5° del Decreto 306 de 1992.

CUARTO: REMÍTASE el presente expediente a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión, si no fuere impugnada, dentro de los tres (3) días siguientes.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

A handwritten signature in black ink that reads "Vélez P.". The signature is written in a cursive style with a vertical line on the left side of the "V" and a horizontal line extending to the right.

**LAURA MARÍA VÉLEZ PELÁEZ
JUEZ**

R.C.R.