

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



**JUZGADO CIVIL CON CONOCIMIENTO EN PROCESOS LABORALES DEL
CIRCUITO JUDICIAL DE GIRARDOTA**

Girardota, Antioquia, septiembre doce (12) de dos mil veintitrés (2023)

| | |
|-------------|-------------------------------|
| Proceso: | Acción de Tutela |
| Accionante: | ÁNGEL MIRO ÁLZATE CASTRO |
| Accionada: | NUEVA E.P.S. |
| Radicado: | 05308-31-03-001-2023-00225-00 |
| Sentencia: | S.G. 105 S.T. 051 |

1. OBJETO DE LA DECISIÓN

De conformidad con lo dispuesto en el decreto 2591 de 1991, reglamentario de la tutela consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política de 1991, en la oportunidad legal correspondiente, procede este Despacho a proferir la sentencia que resuelva, en primera instancia, la acción de tutela interpuesta por el señor **ÁNGEL MIRO ÁLZATE CASTRO**, en contra de la **NUEVA EPS**.

2. ANTECEDENTES

2.1. De la protección solicitada

El señor **ÁNGEL MIRO ÁLZATE CASTRO**, promovió acción de tutela en contra de NUEVA EPS, y solicitó la protección de sus derechos fundamentales a la SALUD a la VIDA e INTEGRIDAD PERSONAL que considera le son vulnerados por dicha entidad.

Solicita en consecuencia se le autorice y programe de manera oportuna y eficaz el procedimiento quirúrgico “RESECCION O ENUCLEACION TRANSURETRAL DE ADENOMA DE PROSTATA (RTUP) O ADENOMECTOMIA.”, además de exámenes de laboratorio pre quirúrgicos e interconsultas por anestesiología y reanimación.” Y el tratamiento integral en razón a su diagnóstico de “N40X HIPERPLASIA DE LA PROSTATA”, así como la exoneración del pago de cuotas moderadoras.

Señala en los fundamentos fácticos que se encuentra afiliado a la NUEVA EPS en el régimen contributivo y hace 4 años viene en manejo por UROLOGIA con diagnóstico de “N40X HIPERPLASIA DE LA PROSTATA” y el día 05 de junio de 2023, el médico tratante le ordenó “RESECCION O ENUCLEACION TRANSURETRAL DE ADENOMA DE PROSTATA (RTUP) O ADENOMECTOMIA.” Y demás exámenes quirúrgico e interconsultas de anestesia y reanimación, adiciona que la falta de acceso a los servicios de salud que requiere, le puede generar un perjuicio irremediable y no cuenta con los recursos económicos para acceder de forma particular a los servicios requeridos

2.2. El trámite

La tutela de la referencia fue admitida mediante auto del 31 de agosto de 2023, notificándola el 01 de septiembre del mismo año, vía correo electrónico, en dicho auto se le previno a la accionada sobre la obligación de rendir informe relacionado con los hechos y pretensiones de la tutela en el término de dos días, so pena de la presunción de veracidad consagrada en el artículo 20 del Decreto 2591 de 1991.

La Nueva EPS, al dar respuesta a la presente acción de tutela manifiesta por medio de su apoderada judicial que, se encuentra en revisión del caso para determinar las presuntas demoras en la prestación del servicio, una vez se tenga información se estará dando respuesta al despacho con los respectivos soportes.

Del mismo modo, frente a la pretensión de tratamiento integral, indica que, por ser una pretensión futura e incierta deberá denegarse por ser estos hechos futuros e inciertos, que no han ocurrido y no se pueden hacer consideraciones sobre ellas, por violar con esto el debido proceso de la EPS que representa.

Concluye indicando que, que no existe acción u omisión por parte de la entidad NUEVA EPS que derive en responsabilidad alguna que ponga en riesgo las garantías fundamentales invocadas como conculcadas por la accionante, y en un eventual caso de responsabilidad en cabeza de la entidad que representa, estará en cabeza de la doctora ADRIANA PATRICIA JARAMILLO HERRERA identificada con la cédula de ciudadanía No. 42.823.890, en calidad de Gerente Regional Noroccidente en el departamento de Antioquia, aunado a esto, solicita que, se declare improcedente la presente acción de tutela y se deniegue la solicitud de tratamiento integral y en caso de que sea ordenado financiación de servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPS, se ordene al ADRES, reembolsar todos los gastos en que incurra la entidad NUEVA EPS, en cumplimiento del presente fallo de tutela y que sobrepasen el presupuesto máximo para la cobertura de este tipo de servicios, frente a la exoneración de cuotas moderadoras, el accionante no demostró la incapacidad para realizar dichos pagos de copagos y cuotas moderadoras, dado que no es capricho el cobro de dichos rubros si no el cumplimiento de una norma establecida para garantizar la sostenibilidad del sistema de salud.

3. CONSIDERACIONES

3.1. Problema Jurídico

El problema jurídico a resolver en este asunto se contrae en determinar si la omisión de la accionada **NUEVA EPS**, de prestar **los servicios médicos requeridos** por la **accionante**, le vulnera los derechos fundamentales invocados. De igual manera, se analizará, la viabilidad de disponer el tratamiento integral que requiere para el diagnóstico de **“N40X HIPERPLASIA DE LA PROSTATA”** y la exoneración de copagos y cuotas moderadoras.

Para tal fin, se analizarán los presupuestos de eficacia y validez de la acción, sus generalidades, los derechos fundamentales invocados como vulnerados, los principios que orientan la prestación del servicio de salud, las reglas jurisprudenciales de la concesión de tratamientos no pos y atención integral.

3.2. De los presupuestos de eficacia y validez

Sobre este particular, se destaca que, acorde con lo establecido por el artículo 37 del Decreto 2591 de 1991, se radica en este Despacho la competencia para conocer de esta acción constitucional, si se tiene en cuenta que este municipio corresponde al del domicilio del accionante y donde se presenta la afectación de sus derechos, o se generan sus efectos hace parte de este circuito judicial.

Se cumplen también las reglas de reparto de que trata el decreto 1382 de 2000, en consideración a la naturaleza jurídica de la entidad accionada, si se tiene en cuenta que LA NUEVA EPS es una entidad de naturaleza mixta, de orden nacional y está legitimada como parte pasiva en el proceso de tutela bajo estudio, en la medida en que por parte del accionante es a quienes se le atribuye la vulneración de los derechos fundamentales que considera vulnerados.

3.3. Generalidades de la Tutela

Como mecanismo excepcional, subsidiario y transitorio, tenemos que el artículo 86 de la Constitución Nacional, consagra la Acción de Tutela como un procedimiento preferente y sumario para la protección de los derechos constitucionales fundamentales cuando éstos resulten amenazados o vulnerados por la acción u omisión de autoridades públicas o de los particulares, respecto de los cuales el sistema jurídico no tiene previsto otro mecanismo susceptible de ser invocado ante los Jueces, a efectos de lograr la protección de los mismos.

De esta disposición constitucional se deduce que la tutela tiene como dos de sus caracteres distintivos esenciales los de la subsidiariedad y la inmediatez; el primero por cuanto tan solo resulta procedente instaurar la acción cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que se promueva como mecanismo transitorio, para evitar un “perjuicio irremediable”, que sea inminente, grave y de tal magnitud que requiera de medidas urgentes e impostergables; el segundo puesto que no se trata de un proceso sino de un remedio de aplicación urgente que se hace preciso administrar en guarda de la efectividad, concreta y actual del derecho sujeto a violación o amenaza.

3.4. De los derechos fundamentales presuntamente vulnerados.

Derecho a La Salud: Según el artículo 49 de la Constitución Nacional, la salud tiene una doble connotación: derecho constitucional y servicio público. En tal sentido, todas las personas pueden acceder al servicio de salud, y al Estado le corresponde organizar, dirigir, reglamentar y garantizar su prestación de conformidad con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, el mismo que se complementa y fortalece por lo dispuesto en el ámbito internacional, pues son varios los instrumentos internacionales que reconocen el derecho de las personas a la salud, derecho que supone la existencia de cuatro elementos, sin la presencia de los cuales no podría sostenerse que se está garantizando la efectividad del derecho a la salud, estos elementos son: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Internacionalmente está definido por la Organización Mundial de la Salud como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, así mismo desarrollada por la jurisprudencia de la Corte Constitucional donde lo establece como un derecho fundamental autónomo. Recientemente, la Ley 1751 de 2015, dijo que la salud era un derecho autónomo e irrenunciable. Desde el derecho internacional, el derecho a la salud está consagrado en numerosos tratados internacionales como lo son: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966, entre otros.

Derecho a la vida digna: Consagrado en el Artículo 11 de la Constitución Política cuando expresa:

“Artículo 11: El derecho a la vida es inviolable, no habrá pena de muerte”.

Este derecho se sintetiza como la posibilidad de desarrollar una vida auténticamente humana, vinculada y participando en grupos de convivencia social en donde se respete el valor fundamental de ser persona y se le permita crecer como corresponde a su misma dignidad, sin ningún tipo de discriminación, manipulación o violación de sus derechos humanos.

Derecho a la seguridad social: La consagración constitucional de este derecho se encuentra en el artículo 48, derecho que protege a los miembros más vulnerables de la sociedad, y en el cual es obligación del Estado asegurar la efectividad del derecho.

“ARTICULO 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

3.5. Principios que orientan la prestación del Servicio de Salud, según la Ley 1751 de 2015.

Según la Ley 1751 del 16 de febrero de 2015, la salud es un derecho fundamental autónomo; esto implica que el acceso a los servicios de salud, debe ser de manera oportuna, eficaz y con calidad; siendo principios esenciales del derecho fundamental a la salud, la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad profesional, universalidad, favorabilidad, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos, progresividad, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia, interculturalidad, y protección a pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

De lo anterior se desprende que la prestación de los servicios y tecnologías en salud deben proveerse sin dilaciones y que nadie está obligado a padecer enfermedades que puedan recibir tratamiento.

Por ende, las EPS, tanto del régimen contributivo, como del régimen subsidiado, deben garantizar la prestación del servicio en forma oportuna, eficaz y con calidad, y por consiguiente, si el derecho a la salud no es garantizado bajo esos principios, se constituye este hecho en un obstáculo al acceso y en tal medida, desprotege el derecho a la salud de quien requiere un servicio. Es entonces una obligación de las

entidades encargadas, articular los servicios de forma que garantice un acceso efectivo a ellos, garantizar la calidad de los servicios de salud, y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Vale la pena anotar, que la citada ley en su artículo 15 parágrafo 1, estableció un plazo de 2 años para fijar los mecanismos técnicos con el objetivo de determinar explícitamente las exclusiones al PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD (PBS) el cual reemplazó al PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS), tales como: tratamientos cosméticos, medicamentos sin evidencia de efectividad, los no autorizados por el Invima y los que estén en fase de experimentación; lapso de tiempo que venció el pasado 16 de febrero de 2017, lo que conlleva a tener en cuenta lo prescrito en la citada disposición.

El PBS está descrito en la resolución 6408 de 2016, norma que contiene, al igual que lo hacía el POS, una lista expresa de servicios de salud, que se financian con la unidad de pago por capitación. Ahora, los médicos sólo pueden formular servicios de salud incluidos en el PBS, pero si requieren algún servicio de salud No PBS (antes No POS), la resolución 5884 de 2016 les impone usar la herramienta MIPRES, diseñada por el MINSALUD, software que, a través de unos parámetros tecnológicos, “aconducta” a los médicos para que no ordenen servicios no incluidos en el PBS. Es decir, la autorización que antes hacía el Comité Técnico Científico (CTC) fue reemplazada por los parámetros del software del MIPRES, de manera que el Ministerio, sutilmente, controlará lo que prescriban los profesionales de la salud.

Ahora bien, si el médico definitivamente decide formular algo que no encaja en el PBS, bien porque se trate de servicios de salud complementarios, como un colchón antiescaras para un parapléjico, o suplementos nutricionales, o porque va a prescribir un medicamento cuyo uso no corresponda al registro sanitario, se aplica un control a través de la Junta de Profesionales de la Salud (JPS), similar a los antiguos CTC, la cual decide la pertinencia de la prescripción del servicio. Cabe precisar que la única diferencia de las JPS con los CTC es que operan en las IPS y no en las EPS, como ocurría antes.

3.6. Sobre la dilación de la prestación del servicio por trámites administrativos:

En relación con el derecho de acceder a los servicios de salud que se requieran y los procesos administrativos, en sentencia T-384 de 2013, la Corte Constitucional sostuvo lo siguiente:

(...)No obstante, el contenido esencial del derecho a la salud incluye el deber de respetar, que consiste en evitar cualquier injerencia directa o indirecta en el disfrute de máximo nivel de salud posible, de conformidad con el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Asimismo de tal derecho se deriva la obligación para las entidades que integran el Sistema de Salud de abstenerse de imponer a sus usuarios obstáculos irrazonables y desproporcionados en el acceso a los servicios que requieren. Por lo tanto, la regla de acuerdo con la cual toda persona tiene derecho a acceder a los servicios de salud que se requieren con necesidad, debe ser observada por las entidades

que integran el Sistema, especialmente EPS e IPS, con la finalidad de ofrecer a sus usuarios atención en salud eficiente, oportuna y con calidad, y que no existan para ellos trabas que afecten el goce efectivo de su derecho fundamental”.

En cuanto a los términos excesivos y trámites administrativos que se trasladan de las E.P.S. y las I.P.S. a los usuarios, en sentencia T-234 de 2013, esta misma Corporación indicó:

“Uno de los contenidos obligacionales de la prestación de los servicios de salud que corresponde al Estado, hace referencia a que este servicio público esencial sea proporcionado en forma ininterrumpida, oportuna e integral; razón por la que las justificaciones relacionadas con problemas presupuestales o de falta de contratación, así como la invención de trámites administrativos innecesarios para la satisfacción del derecho a la salud, constituyen, en principio, no solo una vulneración al compromiso adquirido en la previsión de todos los elementos técnicos, administrativos y económicos para su satisfacción, sino también un severo irrespeto por esta garantía fundamental.

Por este motivo, las Entidades Promotoras de Salud, al tener encomendada la administración de la prestación de estos servicios, que a su vez son suministrados por las IPS, no pueden someter a los pacientes a demoras excesivas en la prestación de los mismos o a una paralización del proceso clínico por razones puramente administrativas o burocráticas, como el cambio de un contrato médico. En efecto, cuando existe una interrupción o dilación arbitraria, esto es, que no está justificada por motivos estrictamente médicos, las reglas de continuidad y oportunidad se incumplen y en consecuencia, al prolongarse el estado de anormalidad del enfermo y sus padecimientos, se desconoce el derecho que tiene toda persona de acceder en condiciones dignas a los servicios de salud.

3.7. Tratamiento Integral.

La Corte Constitucional¹, sobre los principios que se aplican para acceder al tratamiento integral, ha destacado que *“...la atención y el tratamiento a que tiene derecho el afiliado cotizante y su beneficiario son integrales: es decir, deben contener todo cuidado, suministro de droga, intervención quirúrgica, práctica de rehabilitación, examen para el diagnóstico y el seguimiento, y todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento del estado de salud del paciente que se le ha encomendado, dentro de los límites establecidos en la ley”.*

Según lo anterior, la atención integral se refiere única y exclusivamente a la patología actual que presenta el afiliado, esto es, las situaciones de salud que estén completamente ligadas a los problemas generados con la enfermedad diagnosticada al paciente; son situaciones de salud que se presenten y sean determinadas objetiva y médicamente, que correspondan a las patologías que padece el afiliado, y no a otras diferentes y frente a las cuales no se consolida su existencia real.

¹ Corte Constitucional Sentencia T- 133 de 2001, de febrero 7 de 2001. M.P. Dr. Carlos Gaviria Díaz.

En este sentido, explica la Alta Corporación que el hecho de que al momento de proferirse la decisión las prestaciones que requiera el paciente, para garantizar la integralidad del derecho a la salud, no se encuentren prescritas, no implica que no se pueda tutelar el derecho, sólo que, en estos casos, deberá el juez hacer que la orden sea determinable pues; al respecto, en sentencia T-302 de 2014, recordó:

“[...] la Corte Constitucional también ha establecido que cuando se solicita la concesión de una atención integral, el médico tratante debe haber determinado cuáles son específicamente las prestaciones que se requieren. En caso de que ello no haya ocurrido, al momento de ordenar la protección del derecho el juez constitucional deberá hacerlas determinables, a partir de criterios razonables tales como la limitación a una patología en particular. Así, en la sentencia T-365 de 2009 esta Corporación indicó:

“Ahora bien, en los supuestos en los que el conjunto de prestaciones que conforman la garantía integral del derecho a la salud no estén necesariamente establecidos a priori, de manera concreta por el médico tratante, la protección de este derecho conlleva para juez constitucional la necesidad de hacer determinable la orden en el evento de conceder el amparo, por ejemplo, (i) mediante la descripción clara de una(s) determinada(s) patología(s) o condición de salud diagnosticada por el médico tratante, (ii) por el reconocimiento de un conjunto de prestaciones necesarias dirigidas a lograr el diagnóstico en cuestión; o (iii) por cualquier otro criterio razonable.

De tal suerte, que el reconocimiento de la prestación integral del servicio de salud debe ir acompañado de indicaciones precisas que hagan determinable la orden del juez o jueza de tutela, ya que no le es posible dictar órdenes indeterminadas ni reconocer mediante ellas prestaciones futuras e inciertas.

Aparte de lo expuesto este Tribunal también se ha referido a algunos criterios determinadores en relación al reconocimiento de la integralidad en la prestación del servicio de salud. En tal sentido ha señalado que tratándose de: (i) sujetos de especial protección constitucional (menores, adultos mayores, desplazados(as), indígenas, reclusos(as), entre otros), y de (ii) personas que padezcan de enfermedades catastróficas (sida, cáncer, entre otras), se debe brindar atención integral en salud, con independencia de que el conjunto de prestaciones requeridas estén excluidas de los planes obligatorios.”²

Preciso es destacar, además que la máxima Corte en lo Constitucional, en su amplia jurisprudencia ha dejado sentada una sub regla, para que en casos donde se cumplan con los requisitos allí exigidos, se ordene el tratamiento integral; requisitos que se concretan en los siguientes:

“Presentar inminencia o proximidad en el riesgo (i) o una actualidad del mismo (ii), o una gravedad del riesgo (iii), un grado de certeza (iv) y una posición subjetiva de impotencia del actor para sufrir el riesgo (v), los mismos que deben ser efectivamente corroborados por el Juez de Tutela”. (M. P. Dr. JOSE GREGORIO HERNANDEZ G - Sentencia T-864 de 1999)³.

² Corte Constitucional Sentencia T-302 de 2014 del 26 de mayo de 2014. M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez

³ Artículo 66 de la ley 1438 de 2011

No existiendo duda alguna de la necesidad de que la protección al derecho a la salud cobije también todas las atenciones posteriores que precise el afectado para el total restablecimiento de sus condiciones de salud, debe decirse que los lineamientos anteriores han sido reiterados por la Corte Constitucional ratificando a este respecto una línea jurisprudencial invariable, que corrobora la sentencia T-062 de 2017 en la que explicó:

“...debido a que el derecho fundamental a la salud comprende no solo el bienestar físico, biológico y funcional de la persona, sino, también, los aspectos psicológicos y emocionales y que la atención integral debe aplicarse a todas estas facetas, se configura la obligación de las EPS de brindar un tratamiento completo para todas las enfermedades que afectan todos aquellos ámbitos que hacen parte del mencionado derecho, para, de esta manera, propiciar una adecuada calidad de vida y dignidad humana en todas las esferas de la salud de una persona.”

Bajo la anterior perspectiva, la Corte ha reconocido que el servicio de salud debe ir orientado no solo a superar las afecciones que perturben las condiciones físicas o mentales de la persona, sino, también, a sobrellevar la enfermedad manteniendo la integridad personal. En ese mismo sentido, es que se debe encaminar la protección constitucional del derecho fundamental a la salud, es decir que, a pesar del padecimiento y además de brindar el tratamiento integral adecuado, se debe propender a que su entorno sea tolerable y digno. En efecto, el derecho en cuestión puede resultar vulnerado cuando la entidad prestadora del servicio se niega a acceder a aquellas prestaciones asistenciales que, si bien no tienen la capacidad de mejorar la condición de salud de la persona, logran hacer que la misma sea más manejable y digna, buscando disminuir las consecuencias de su enfermedad. Sobre el particular la Corte ha sostenido que: el derecho a la vida implica también la salvaguardia de unas condiciones tolerables, que permitan subsistir con dignidad y, por tanto, para su protección no se requiere estar enfrentado a una situación inminente de muerte, sino que al hacerse indigna la existencia ha de emerger la protección constitucional.”

3.9.- El cobro de copagos y cuotas de recuperación a los afiliados y beneficiarios del Sistema General en Seguridad Social en Salud.

La ley 100 de 1993, creó el Sistema de Seguridad Social en Salud, el cual dispuso que existirían dos regímenes a los cuales se puede estar vinculado, éstos son el contributivo y el subsidiado.

“ARTICULO. 157.-Tipos de participantes en el sistema general de seguridad social en salud. A partir de la sanción de la presente ley, todo colombiano participará en el servicio público esencial de salud que permite el sistema general de seguridad social en salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados.”

Ahora bien, con el fin de contribuir con el financiamiento del sistema y la racionalización del servicio, fueron establecidos los copagos o cuotas moderadoras, definidos en el artículo 187 de la citada norma, la cual fue declarado condicionalmente exequible por la H. Corte Constitucional en sentencia [C-542](#) de

1998, y en la que se indicó que todas las personas afiliadas al sistema ya sea en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, están sujetas a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles con el fin de ser un apoyo para el mismo. En dicha sentencia, a propósito de la declaración de constitucionalidad condicionada del mencionado artículo se sostuvo que:

“... si el usuario del servicio no dispone de los recursos económicos para cancelar las cuotas moderadoras o controvierte la validez de su exigencia, el Sistema y sus funcionarios no le pueden negar la prestación integral y adecuada de los servicios médicos, hospitalarios, quirúrgicos, asistenciales y de medicamentos que requiera, sin perjuicio de los cobros posteriores con arreglo a las normas vigentes... (Subrayado por fuera del texto original).

En esta línea, en la sentencia T-725 de 2010⁴, **el Alto Tribunal afirmó hay situaciones en las que deben inaplicar las normas relacionadas con la exigencia de cancelar copagos o cuotas moderadoras, teniendo en cuenta las condiciones específicas que se presentan en cada caso, de manera que “una exigencia reglamentaria, si bien no es contraria a la Constitución, no puede aplicarse cuando con ella se desconozcan los derechos fundamentales a la vida y a la salud, por lo que “la protección y conservación del derecho a la vida escapa a cualquier discusión de carácter legal o contractual.”**

A renglón seguido, concluyó que *“[b]ajo estas premisas, si la dignidad humana, la salud o la vida en sí, se encuentran comprometidas, las entidades públicas y privadas están obligadas a prestar los servicios de salud a quienes los soliciten, tengan o no capacidad de pago.”*

Aunado a ello, sobre la falta de capacidad de pago la H. Corte Constitucional sostiene que *tratándose de una persona afiliada **al régimen subsidiado de seguridad social** en salud o de un participante vinculado, **es viable presumir la falta de capacidad** económica, ya que uno de los requisitos para acceder a tal régimen es precisamente la escasez de recursos que se determina a través de una encuesta en la que tienen relevancia aspectos como los ingresos, egresos, situación de vivienda, nivel de educación y otros que permiten colegir el nivel social de quienes la presentan.”⁵*

4. EL CASO CONCRETO

Conforme se dejó expuesto, la acción de tutela incoada a favor del señor ÁNGEL MIRO ÁLZATE CASTRO, se orienta a que se protejan sus derechos fundamentales a la vida en condiciones dignas, seguridad social y a la salud, ordenándosele a la NUEVA EPS, que preste de manera efectiva los servicios de “RESECCION O ENUCLEACION TRANSURETRAL DE ADENOMA DE PROSTATA (RTUP) O ADENOMECTOMIA.” Y demás exámenes quirúrgico e interconsultas de anestesia y reanimación, y, le proporcione el tratamiento integral a su diagnóstico de “N40X

⁴ Corte Constitucional. M.P. Juan Carlos Henao Pérez, Sentencia del trece de septiembre de dos mil diez. Ref.: T-725/10

⁵ Corte Constitucional. M.P. Rodrigo Escobar Gil, sentencia del quince (15) de febrero de dos mil ocho (2008). Ref.: T-158 de 2008, reiterada en sentencia T255 de 2015 del cuatro (4) de mayo de dos mil quince (2015) M.P. LUIS ERNESTO VARGAS SILVA

HIPERPLASIA DE LA PROSTATA”, así mismo, le sea concedido la exoneración de copagos y cuotas moderadoras.

A este respecto, obra constancia en el expediente, que el señor Ángel Miro Álzate Castro, está vinculado al Régimen Contributivo y recibe los servicios de salud de la NUEVA EPS, información que se constata en los documentos aportados con el escrito de tutela y la contestación a la misma, además de ello, también se demostró que el accionante presenta un diagnóstico de “N40X HIPERPLASIA DE LA PROSTATA” (archivo digital N° 001. Folio 13), según lo describe el médico tratante y dado su estado de salud, según manifestación del accionante, a la fecha no le han sido practicados los procedimientos quirúrgicos ni los exámenes ordenados en debida forma por parte de la EPS accionada.

Lo anteriormente expuesto, deja ver que es obligación legal de la NUEVA EPS, garantizar al señor Ángel Miro Álzate Castro, el tratamiento médico que requiere para su patología, garantizando su continuidad. Ahora bien, nótese como de la historia clínica se extrae que el afectado es sujeto de especial protección en razón a que su diagnóstico y los actuales padecimientos sufridos por éste, pueden desencadenar en una enfermedad grave y catastrófica como lo es el cáncer de próstata lo que lo hace vulnerable y de DIGNA DE PROTECCION y atención prioritaria y especial.

Olvida la accionada con esta actitud omisiva y abusiva, el compromiso que asumió cuando decidió constituirse en empresa prestadora o promotora de salud que cumplir con lo establecido en el PBS es lo mínimo que debe prever y garantizar a sus afiliados, quienes PAGAN por el servicio de PROTECCION EN SALUD MES A MES.

No es de recibo que, en un estado social de derecho como el nuestro, las empresas prestadoras de un servicio público y esencial como es el de la salud, denieguen, retarden, o demoren las prestaciones a su cargo, por las que el cotizante les contrató y les paga. Está probado dentro del expediente, que el afectado ha estado a la espera de la materialización efectivas de los servicios descritos, sin que a la fecha de presentación de la presente acción de tutela le haya cumplido pese al conocimiento que tiene del estado de salud de su afiliado, teniendo éste el derecho de contar con los servicios y procedimientos que el médico tratante le prescribe.

Así entonces queda demostrada la conducta omisiva sobre la cual se edifica la vulneración de los derechos fundamentales, lo cual implica que se ha desatendido el deber y obligación de la EPS de garantizar la atención en salud a sus pacientes, así como el suministro de los medicamentos, valoraciones, insumos o dispositivos prescritos en procura del restablecimiento de la salud del accionante.

Se concluye entonces que la tutela será concedida para que una vez notificada a la NUEVA EPS de esta providencia **si aún no lo hecho, preste efectivamente y de la forma ordenado por el médico tratante**, los servicios médicos de “RESECCION O ENUCLEACION TRANSURETRAL DE ADENOMA DE PROSTATA (RTUP) O ADENOMECTOMIA.” Y demás exámenes quirúrgico e interconsultas de anestesia y reanimación, que requiere el señor ÁNGEL MIRO ÁLZATE CASTRO.

Finalmente y de cara a la jurisprudencia ya reseñada, también se accederá a la pretensión de TRATAMIENTO INTEGRAL de los padecimientos “**N40X HIPERPLASIA DE LA PROSTATA**” que viene sufriendo, como quiera que las especificidades del caso lo ameritan, en el entendido de que le vienen mermando su calidad de vida, lo que indica que va a requerir un conjunto de prestaciones en salud para esa específica patología que deberá prestársele sin demora alguna y se entenderán cubiertos por la orden en que en esta sentencia se imparte.

En lo que refiere a la **exoneración de copagos y cuotas administradoras**, elevada por el actor; tal como se reseñó anteriormente, la jurisprudencia constitucional ha señalado que es procedente que el Juez exima del pago de cuotas moderadoras a las personas que han sido diagnosticadas con una enfermedad de alto costo o estén sometidas a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas.

Revisado el expediente, se evidencia que el accionante actualmente no presenta un diagnóstico calificado como de alto costo, catastrófico o huérfano; por lo tanto no se encuentran dados los supuestos para que opere de manera automática la exoneración solicitada; ahora, si bien el accionante ni siquiera manifestó no contar con los recursos económicos para sufragar los costos de las cuotas moderadoras que le son cobradas por la EPS y tampoco se acreditó con el escrito de tutela, de manera que tampoco hay lugar a ordenar a la E.P.S. cubrir tales valores, ni brindar oportunidades y formas de pago, que son las alternativas dispuestas en la jurisprudencia constitucional.

Es que destáquese que la solicitud que en ese sentido hace el actor es escueta e infundada, por cuanto ningún desarrollo fáctico, argumentativo ni probatorio hace de tal petición que permitiera a este despacho establecer que se cumplan los requisitos establecidos por la jurisprudencia para inaplicar a su favor el régimen legal que para garantizar la estabilidad y equilibrio del sistema de salud establecen dichos cobros. Tampoco indica el accionante a qué copagos se refiere por cuáles conceptos y los montos ni sus condiciones socio económicas, en detalle, que permitan adentrarse en un análisis para establecer la procedencia de su petición.

Finalmente, en relación con la petición subsidiaria de la accionada de que se conceda la facultad del recobro y se ordene al ADRES su pago en un 100%, tal y como en varias oportunidades lo ha manifestado la Sala Civil del Honorable Tribunal de Medellín, debe indicársele al recurrente, que dicho tema no corresponde a la acción de tutela, por cuanto la ley ya tiene dispuesto el trámite que debe realizar la EPS, administrativamente y llegado el caso, judicialmente.

Baste entonces la claridad con la que se ha zanjado este tema en particular por la Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008, en este punto:

“...es el pago de un servicio médico no incluido en el plan de beneficios, lo que da lugar al surgimiento del derecho al reembolso de la suma causada por la prestación del servicio, y no la autorización de un juez o del CTC. En relación con este último aspecto, la Corte advierte que en ningún caso el FOSYGA está obligado al reembolso de los costos generados por servicios médicos que hagan parte del Plan de Beneficios.” Y a renglón seguido, perentoriamente generó la regla que literalmente se trasunta: *“(ii) no se podrá establecer que en la parte resolutive del*

fallo de tutela se autorice el recobro ante el FOSYGA, o las entidades territoriales, como condición para reconocer el derecho al recobro de los costos que la entidad no estaba legal ni reglamentariamente obligada a asumir. Bastará con que en efecto se constate que la EPS no se encuentra legal ni reglamentariamente obligada a asumirlo de acuerdo con el ámbito del correspondiente plan de beneficios financiado por la UPC”.

En mérito de lo expuesto, y sin que sean necesarias consideraciones adicionales, el **JUZGADO CIVIL CON CONOCIMIENTO EN PROCESOS LABORALES DEL CIRCUITO JUDICIAL DE GIRARDOTA, ANTIOQUIA**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

FALLA

PRIMERO: TUTELAR los derechos a la SALUD en conexidad con los derechos fundamentales a la VIDA e INTEGRIDAD PERSONAL de **ÁNGEL MIRO ÁLZATE CASTRO** C.C. 70.324.872, vulnerados por la **NUEVA EPS NIT: 900.150.204-2**, por lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: ORDENAR, en consecuencia, a la NUEVA EPS representada legalmente por el Dr. José Fernando Cardona Uribe C.C. No. 79.267.821 o quien haga sus veces, que una vez reciba notificación de la presente providencia, **si aún no lo hecho, realice efectivamente y de la forma ordenado por el médico tratante, el procedimiento:** “RESECCION O ENUCLEACION TRANSURETRAL DE ADENOMA DE PROSTATA (RTUP) O ADENOMECTOMIA.” Y demás exámenes quirúrgico e interconsultas de anestesia y reanimación que requiere el señor **ÁNGEL MIRO ÁLZATE CASTRO** C.C. 70.324.872, así como EL TRATAMIENTO INTEGRAL del diagnóstico **“N40X HIPERPLASIA DE LA PROSTATA”**.

TERCERO: NEGAR la exoneración de copagos y cuotas moderadoras solicitadas, por los motivos expuestos en la parte motiva de esta providencia.

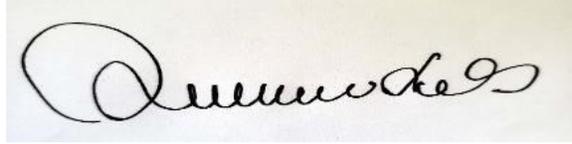
CUARTO: Adviértase a la entidad accionada, que el incumplimiento a la orden que antecede le hará acreedora a las sanciones previstas por el artículo 52 del Decreto 2591 de 1991, previo el trámite del respectivo incidente.

QUINTO: Notificar, por el medio más expedito, la presente decisión a todas las partes, advirtiéndole de los recursos que proceden frente a la misma, al tenor de los artículos 30 y 31 del Decreto 2591 de 1991.

SEXTO: REMITIR a la Corte Constitucional para su eventual revisión, al día siguiente a la ejecutoria del mismo, el presente fallo si no fuere impugnado, tal como lo establece el artículo 31 del citado decreto.

SEPTIMO: Culminado el trámite anterior, Archívese el expediente.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

A handwritten signature in black ink on a light-colored background. The signature is cursive and appears to read 'Diana Milena Sabogal Ospina'.

**DIANA MILENA SABOGAL OSPINA
JUEZ**