

CONSTANCIA: Girardota, Antioquia, octubre 20 de 2023. Informo a la señora Juez que la presente acción de tutela nos correspondió su estudio y trámite por reparto del 11 de octubre de 2023.

El día 10 de octubre de 2023 se notificó a las entidades accionadas, y se recibió contestación de parte de ellas al requerimiento de la tutela.

El día 13 de octubre de 20323, se tuvo comunicación con la señora Leydy Johana, esposa del accionante quien indicó que el señor Rendón ya asistió a cita con anestesiólogo y la cirugía quedo programada para el próximo viernes 19 de octubre a las 11 am.

A despacho a proveer.

Alejandro Builes

Ervin A. Builes R. Escribiente

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



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

Girardota, Antioquia, octubre trece (13) de dos mil veintitrés (2023)

Proceso	Acción de Tutela
Accionante	HERMENSON RENDON SERRATO
Accionada	NUEVA EPS Y LA CLINICA CENTRAL FUNDADORES (PROMEDAN S.A.)
Radicado	05308-31-03-001-2023-00261-00
Sentencia	S.G. 126 S.T. 061

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 HERMENSON RENDON SERRATO, en contra de la EMPRESA PROMOTORA DEL SERVICIO DE SALUD, denominada NUEVA EPS Y LA CLINICA CENTRAL FUNDADORES (PROMEDAN S.A.).

2. ANTECEDENTES

2.1. De la protección solicitada

El accionante refiere que, promovió acción de tutela en contra de la **NUEVA EPS Y LA CLINICA CENTRAL FUNDADORES** (PROMEDAN S.A.), solicitando la

protección de sus derechos fundamentales a la Salud en conexidad con el Derecho a la Vida, Derecho a la Seguridad Social Integral, a la igualdad y demás derechos consagrados en la Constitución Política.

Solicita en consecuencia que se ordene a la NUEVA EPS Y LA CLINICA CENTRAL FUNDADORES (PROMEDAN S.A.), se agende la cita para realizar el procedimiento quirúrgico de “RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON INJERTO AUTOLOGO O CON ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA” ordenado por su médico tratante, así mismo sea exonerado de los pagos, copagos, cuotas moderadoras o de recuperación y le proporcione el tratamiento integral en atención a sus patologías.

Señala en los fundamentos fácticos que cuenta con 31 años, es beneficiario del régimen contributivo, con diagnóstico de “LESION LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR Y CONCILO FEMORAL RODILLA DERECHA” por lo que su médico tratante, le ordenó “RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON INJERTO AUTOLOGO O CON ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA”, las cuales fueron autorizadas por la EPS accionada y dirigidas para la Clínica Central Fundadores, sin embargo, a la fecha no le han sido agendadas, y tampoco se pronuncian al respecto.

2.2. El trámite

La tutela de la referencia fue admitida mediante auto del 09 de octubre de 2023 y notificada a la accionada el 10 del mismo mes y año vía correo electrónico, en el cual se les previno a las accionadas 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 CLINICA CENTRAL FUNDADORES (PROMEDAN S.A.), indicó que, el día 12 del presente mes y año, el accionante tuvo cita con el medico anestesiólogo y el procedimiento quirúrgico quedo programado para el día 19 de octubre de 2023, concluye solicitando la declaración de la presente tutela como hecho superado.

La **NUEVA EPS**, se pronunció indicando que, el usuario cuenta con exoneración de copagos desde el día 29 de diciembre de 2021 hasta el día 18 de octubre de 2023. frente a la autorización de los servicios de salud, indican que se encuentran en revisión del caso para determinar las causas de la demora y una vez se emita concepto, lo estarán informando al despacho y frente a la petición de tratamiento integral refiere que, no pueden cubrir servicios que se desconocen o aún no se han ordenado y no se puede determinar si los medicamentos que el accionante requiera a futuro, están o no dentro del PBS, aunado a que no se pueden negar tratamientos que aún no están determinados y concluye solicitando que en el caso en que se ordenen tecnologías no financiadas con cargo a la UPS, se ordene al ADRES, reembolsar los gastos en que dicha entidad incurra en cumplimiento del presente fallo de tutela.

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 Y/O LA CLINICA CENTRAL FUNDADORES (PROMEDAN S.A.) de prestar el servicio de RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON INJERTO AUTOLOGO O CON ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA requerido por el usuario HERMENSON RENDON SERRATO, le vulnera los derechos fundamentales invocados. De igual manera, se analizará, la exoneración de los pagos, copagos, cuotas moderadoras o de recuperación y la viabilidad de disponer el tratamiento integral que requiere para el diagnóstico que presenta, determinando si están satisfechos los requisitos jurisprudenciales establecidos para ello.

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 el 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 NUEVA EPS, es una Empresa Prestadora del Servicio de Salud de naturaleza mixta, del orden nacional.

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 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: Es una prestación a cargo del Estado tal y como lo dispone nuestra carta en el artículo 48, como derecho constitucional de carácter social, económico y cultural. Su falta o deficiencia pone en peligro de manera directa y evidente el derecho fundamental a la vida, integridad personal de los asociados, la dignidad humana y en oportunidades, atenta contra el mínimo vital.

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. Reglas jurisprudenciales sobre la procedencia de la acción de tutela para obtener el suministro de prestaciones NO POS -hoy entiéndase No PBS-

La Corte Constitucional, en reiterada jurisprudencia¹, al pronunciarse sobre la procedencia de la acción de tutela para la obtención del suministro de prestaciones excluidas del POS ha manifestado que es posible ordenar las mismas bajo el cumplimiento de ciertas reglas. Así, en Sentencia T-760 de 2008, magistrado ponente Rodrigo Escobar Gil, señaló: ²

“No obstante, en determinados casos concretos, la aplicación estricta y absoluta de las exclusiones y limitaciones previstas por el POS puede quebrantar derechos fundamentales, y por eso esta Corporación, en desarrollo del principio de la supremacía de la Carta Política, ha inaplicado la reglamentación que excluye el tratamiento o medicamento requerido³ para ordenar que sea suministrado y evitar de ese modo que una reglamentación legal o administrativa impida el goce efectivo de garantías constitucionales y de los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física de las personas. En efecto, tenemos que la Corte ha señalado, para la procedencia del amparo constitucional en materia de medicamentos y tratamientos que se encuentren excluidos de la cobertura del POS, los siguientes requisitos:

1) Que la falta del medicamento, tratamiento o diagnóstico amenace o vulnere los derechos fundamentales a la vida o la integridad personal del afiliado, lo cual debe entenderse no sólo cuando existe inminente riesgo de muerte sino también cuando la ausencia de ellos afecta las condiciones de existencia digna⁴;

¹ Al respecto ver Sentencias T-237 de 2003, T-835 de 2005, T-227 de 2006 y T-335 de 2006, entre otras.

² Corte Constitucional, Sentencia T-760 de 2008, M.P. Dr. RODRIGO ESCOBAR GIL.

³ Ver, entre otras, Sentencias T-236 de 1998, M.P. Fabio Morón Díaz, T-547 de 2002, M.P. Jaime Araujo Rentería, T-630 de 2004, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

⁴ Sentencia T-1093 de 2008, M.P. Rodrigo Escobar Gil.

- 2) Que se trate de un medicamento o tratamiento que no pueda ser sustituido por uno de los contemplados en el Plan Obligatorio de Salud o que, pudiendo sustituirse, no obtenga el mismo nivel de efectividad que el excluido del plan, siempre y cuando ese nivel de efectividad sea el necesario para proteger el mínimo vital del paciente;
- 3) Que el paciente realmente no pueda sufragar el costo del medicamento o tratamiento requerido, y que no pueda acceder a él por ningún otro modo o sistema;
- 4) Que el medicamento o tratamiento haya sido prescrito por un médico adscrito a la EPS de quien se está solicitando el tratamiento”.⁵

3.7.- 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

⁵ Corte Constitucional, Sentencia T-883 de 2003, M.P. Jaime Córdoba Triviño y Sentencia T-406 de 2001. M.P. Rodrigo Escobar Gil.

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.

3.8. Tratamiento Integral.

La Corte Constitucional⁶ 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 presente 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.

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

⁶ Corte Constitucional Sentencia T- 133 de 2001, de febrero 7 de 2001. M.P. Dr. Carlos Gaviria Díaz.

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.”⁷

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)⁸.

No existiendo duda alguna de la necesidad de que la protección al derecho a la salud cubra 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

⁷ Corte Constitucional Sentencia T-302 de 2014 del 26 de mayo de 2014. M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez

⁸ Artículo 66 de la ley 1438 de 2011

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 2010⁹, **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**

⁹ Corte Constitucional. M.P. Juan Carlos Henao Pérez, Sentencia del trece de septiembre de dos mil diez. Ref.: T-725/10

“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.”*¹⁰

4. EL CASO CONCRETO

Conforme se dejó expuesto, la acción de tutela incoada a favor de HERMENSON RENDON SERRATO, se orienta a que se protejan sus derechos fundamentales a la salud, seguridad social y a la vida en condiciones dignas, ordenándosele a la **NUEVA EPS Y/O LA CLINICA CENTRAL FUNDADORES (PROMEDAN S.A.)** que proceda a autorizar y prestar el servicio de “RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON INJERTO AUTOLOGO O CON ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA”, ordenado por su médico tratante; así mismo, que se le garantice y autorice el TRATAMIENTO MÉDICO INTEGRAL necesario para las patologías de LESION LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR Y CONCILO FEMORAL RODILLA DERECHA y la exoneración de LOS PAGOS, COPAGOS, CUOTAS MODERADORAS O DE RECUPERACIÓN.

A este respecto, obra constancia en el expediente, que el señor HERMENSON RENDON SERRATO, se encuentra en estado activo vinculada a la NUEVA EPS, régimen contributivo, en calidad de beneficiario, información que se obtuvo de constatar en los documentos aportados con el escrito de tutela, además de ello, también se demostró que el afectado presenta diagnóstico de LESION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR Y CONCILO FEMORAL RODILLA DERECHA y CONDROMALACIA (fl. 09, archivo digital 01.), según lo escribe el especialista tratante, y que, para mejorar su calidad de vida, le fue ordenado por EL Dr. Gabriel Dávila Jaramillo (fl. 08, archivo Digital 01.) “RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON INJERTO AUTOLOGO O CON ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA” intervenciones que fueron autorizadas y de lo cual se aporta constancia.

¹⁰ 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

La NUEVA EPS, a la fecha y como se puede concluir de la contestación que hace LA CLINICA CENTRAL FUNDADORES (PROMEDAN S.A.), corroborado con la constancia que antecede, donde la esposa del accionante indica que, el día 19 de octubre de 2023 se realizará la intervención requerida, se tiene entonces que, la EPS accionada por medio de su IPS PROMEDAN S.A., en el transcurso de la presente acción, se encuentra cumpliendo con la materialización de la intervención ordenada por el médico tratante, y, por tanto nótese como los motivos que fundaron la presente acción desaparecieron, configurándose así un hecho superado.

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 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.

De cara a la jurisprudencia ya reseñada, y dado que el tratamiento integral tiene por finalidad garantizar la continuidad en la prestación del servicio de salud y evitar la imposición de acciones de tutela por cada servicio prescrito por el médico tratante, se accederá a esta pretensión, respecto de los diagnósticos “LESION LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR Y CONCILO FEMORAL RODILLA DERECHA”) que viene sufriendo el señor HERMENSON RENDON SERRATO, 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 esas específicas patologías que deberán prestársele sin demora alguna y se entenderán cubiertos por la orden en que en esta sentencia se imparte.

En consecuencia, de lo anteriormente expuesto y toda vez que la entidad LA CLINICA CENTRAL FUNDADORES (PROMEDAN S.A.), no le asiste

responsabilidad alguna por la demora en materializar las ordenes a favor de la accionada, se le deberá desvincular de la presente acción constitucional.

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**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

FALLA

PRIMERO: NO DECLARAR PRÓSPERA LA PRESENTE ACCIÓN por cuanto la accionada, NUEVA EPS, satisfizo el requerimiento del señor HERMENSON RENDON SERRATO, que constituía el objeto en esta acción tutelar, de conformidad con lo señalado en el artículo 26 del Decreto 2591 de 1991.

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

TERCERO: ORDENAR, a la **NUEVA EPS S.A.**, que por intermedio de su representante legal o quien haga sus veces que, **si aún no lo hecho**, brinde a HERMENSON RENDON SERRATO identificado con **C.C.1.118.072.140**, EL TRATAMIENTO INTEGRAL, sobre el diagnóstico, LESION LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR Y CONCILO FEMORAL RODILLA DERECHA.

CUARTO: DESVINCULAR a la entidad CLINICA CENTRAL FUNDADORES (PROMEDAN S.A.), por los motivos expuestos en la parte motiva de esta providencia.

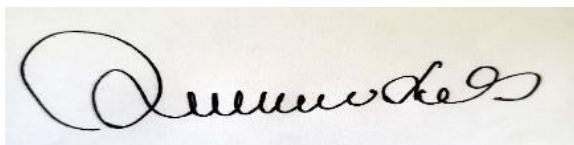
QUINTO: Adviértase a la entidad accionada, que el incumplimiento a la orden que antecede le hará acreedora a las sanciones previstas por el artículo 52 del Decreto 2591 de 1991, previo el trámite del respectivo incidente.

SEXTO: 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.

SEPTIMO: 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.

OCTAVO: Culminado el trámite anterior, Archívese el expediente.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



**DIANA MILENA
SABOGAL OSPINA
JUEZ**