Bogotá D.C., julio de 2020

Señor

**JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO**

**Sogamoso**

**Correo:** **J03cctosogamoso@cendoj.ramajudicial.gov.co**

E. S. D.

ASUNTO: IMPUGNACIÓN FALLO DE TUTELA

RADICADO: **2020-19**

**ACCIONANTE: ARISTOBULO RINCÓN CUTA, C.C. 4122012**

**AGENTE OFICIOSO: JAVIER LIZARDO FIGUEREO JIMÉNEZ**

ACCIONADO: NUEVA E.P.S.

**OSCAR EDUARDO SILVA GÓMEZ,** mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número 1.118.553.055 de Yopal (Casanare), y T.P número. 255.355 del C.S. de la Judicatura, apoderado especial, conforme a poder que adjunto de Nueva EPS, S.A.**,** Entidad Promotora de Salud, y en aplicación del numeral 16.5 de la Resolución 205 de 2020 emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social; comedidamente y dentro de la oportunidad procesal, me permito impugnar el fallo de Tutela respecto del proceso indicado en la referencia, con fundamento en lo que se expondrá a continuación:

1. **OPORTUNIDAD DE LA IMPUGNACIÓN**

Con base al artículo 31 del Decreto 2591 de 1991 la interposición de la impugnación se efectúa dentro de los 3 días siguientes a la notificación estando la EPS dentro del término señalado.

Se debe tener en cuenta que el horario de atención de Nueva EPS es de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 4:30 p.m. En consecuencia, los mensajes recibidos por fuera de este horario se entenderán recibidos en el siguiente día hábil.

1. **RESPECTO DEL FALLO DE TUTELA**

El Juzgado mediante proveido del 02 de julio de 2020, ordenó elementos que no están financiados con recursos de la UPC.

1. **DEL ESTADO DE LA AFILIACIÓN**

Una vez revisada la base la base de afiliados de Nueva EPS, se evidencia **ARISTOBULO RINCÓN CUTA, C.C. 4122012** se encuentra en estado afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de NUEVA EPS en el **RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.**

1. **DEL CONCEPTO DEL ÁREA TÉCNICA**

Conocida la presente acción de tutela por nuestra área jurídica, se trasladó al **área técnica correspondiente de Nueva EPS con el fin de que realizaran el correspondiente estudio del caso** revisando la prescripción y su pertinencia para el paciente, las tecnologías que efectivamente se encuentran excluidas de los beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sobre aquellas que deben ser asumidas por otra entidad con cargo a recursos diferentes a los del Sistema de Salud, así mismo, gestionar lo pertinente.

1. **FUNDAMENTOS DE LA IMPUGNACIÓN**
2. **RESPECTO DEL INSUMO DE PAÑALES COMO ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL ECCLUIDO DEL PLAN DE BENEFICIOS**

Es necesario poner en conocimiento al despacho que dentro del ordenamiento jurídico no se encuentra de manera expresa y tácita que el insumo de pañales se encuentre contemplado como servicios y tecnologías de salud, financiados con recursos de la UPC en la Resolución No. 3512 de 2019 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del marco de sus competencias.; al contrario de manera expresa excluye los insumos de aseo (pañales desechables, crema antipañalitis, pañitos húmedos, etc) dentro del Plan de Beneficios en salud.

En consonancia con lo descrito, la exclusión de insumos de aseo genera una obligación legal, basado en el principio de solidaridad a cargo de la familia del paciente. Mediante la cual el Art. 6 de la Ley 1751 de 2015, tiene como una de los eslabones del sistema general de seguridad social en salud, el PRINCIPIO DE SOLIDARIDAD, bajo los siguientes términos:

*( . . . ) Art. 6: Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:*

*Solidaridad. El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades ( . . . )*

Es por lo citado, y en virtud del principio de solidaridad es una obligación colaborar con el financiamiento de la salud, como también se deja estipulado en el Art.10 de la ya citada ley:

*( . . . ) Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud. Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:*

*Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:*

*i) Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago. ( . . . )*

En este sentido, la Honorable Corte Constitucional, recientemente ha expuesto en sede de revisión de Tutela con sentencia T-215/18

*( . . . ) Alcance del principio de solidaridad familiar*

*7.1. La Ley 1751 de 2015, en su artículo 6º, establece los principios del sistema general de salud y en el literal j) se refiere así al principio de solidaridad:*

*“El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades”.*

*De acuerdo a lo anterior, se puede extraer que el sistema de seguridad social en salud es un esfuerzo mancomunado y colectivo creado sobre la lógica de que la protección de las contingencias individuales ocurre con el aporte y la participación de todos los miembros de la comunidad. La razón fundamental de la solidaridad sobre la cual se basa el sistema de salud es que los recursos destinados al mismo son limitados y normalmente escasos y deben ser reservados para asuntos prioritarios. Por este motivo, el juez constitucional ha previsto que uno de los requisitos que debe acreditarse para obtener el suministro de servicios expresamente excluidos del PBS es la falta de capacidad económica de la persona o su grupo familiar para sufragar los costos de los mismos ( . . . )*

Ahora bien, es pertinente poner en consideración al despacho que esta honorable Corte en ese mismo orden refiere la importancia de analizar en cada caso concreto la existencia de capacidad económica del paciente y su grupo familiar para sufragar los gastos generados en insumos de aseo, bajo los siguientes términos:

*( . . . ) En principio, no hay un derrotero para determinar la capacidad económica, ya que no es un asunto simple ni para el juez constitucional, ni para las entidades prestadoras de servicios de salud. Sin embargo, existe una presunción respecto de los afiliados al régimen subsidiado, ya que es claro que no están en la capacidad de cubrir los costos de prestaciones expresamente excluidas, como los pañales desechables.*

*Otro escenario diferente es el de las personas afiliadas al régimen contributivo, ya que estos individuos cuentan con al menos un ingreso mensual del cual se desprende el monto de cotización al sistema de salud, conocido como IBC; ahora el IBC, se erige como un criterio objetivo, pues permite establecer la capacidad económica familiar para cubrir el costo de pañales. En todo caso, este criterio objetivo debe combinarse con criterios subjetivos, como el número de personas que derivan su sustento del ingreso familiar. Estos aspectos subjetivos deben ser informados de buena fe por el interesado .*

*En conclusión, el juez constitucional deberá analizar en cada caso variables como el régimen al que se encuentra afiliada la persona, el nivel del ingreso, el costo de los insumos, medicamentos o prestaciones requeridas, así como la conformación del grupo familiar y el número de personas que dependen del mismo ingreso. Estos factores son criterios válidos de decisión para considerar en qué casos las personas podrían en principio asumir la carga económica para acceder a los servicios y tecnologías no incluidos dentro del Plan de Beneficios de Salud ( . . . ) subrayado fuera de texto.*

Una vez puesto en consideración, lo establecido y reglamentado en materia de pañales, de manera respetuosa se solicita al despacho que estudie de manera previa la existencia de orden médica que prescriba el insumo de salud y si basado en el IBC de la accionante su grupo familiar, es procedente su reconocimiento.

1. **AUTORIZACIÓN DE ELEMENTOS EXLCUIDOS DE LOS SERVICIOS O TECNOLOGÍAS CON CARGO A LA UPC.**

La Resolución 2933 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, artículo 4, numeral 1, indica que es función del Comité Técnico Científico “analizar para su autorización las solicitudes presentadas por los médicos tratantes de los afiliados, el suministro de medicamentos por fuera del listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud”

La Resolución 1885 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social establece el procedimiento para el acceso, reporte de prescripción, suministro y análisis de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, señalando en el artículo 9 los requisitos para realizar la prescripción las citadas tecnologías que debe verificar el Juez de Tutela, así:

“1. Que la(s) tecnología(s) en salud no se encuentre(n) financiadas con recursos de la UPC.

2. Que el uso, ejecución, utilización o realización de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC haya sido autorizado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), en el caso de medicamentos, alimentos para propósitos médicos especiales o dispositivos; o las demás entidades u órganos competentes en el país según sea el caso.

3. Que el uso, ejecución, utilización o realización en caso de procedimientos en salud no financiados con recursos de la UPC se encuentre codificado y denominado en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).

4. Que se hayan agotado o descartado las posibilidades tecnológicas, científicas y técnicas, para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, de las tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC y no se haya obtenido resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones, o se hayan previsto u observado reacciones adversas o intolerancia por el paciente, o existan indicaciones o contraindicaciones expresas, de todo lo cual, deberá dejarse constancia en la historia clínica y en la herramienta tecnológica.

5. Que la decisión de prescribir una tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC, sea consecuente con la evidencia científica disponible, el diagnóstico y lo autorizado en el registro sanitario o la autoridad competente, según sea el caso.

6. Que se consigne de forma expresa en la historia clínica del paciente y en la herramienta tecnológica, sin que ello implique realizar registros dobles de la información, el cumplimiento de los criterios a que se refiere el artículo siguiente de esta Resolución, para la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC.

7. Que el estado de salud del paciente sea coherente con la solicitud de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios a prescribir y que la misma cumpla un fin de prevención, recuperación, tratamiento, rehabilitación de la enfermedad o el mantenimiento de la salud o la capacidad vital o funcional de las personas.

**PARÁGRAFO.** En el evento de prescribir medicamentos vitales no disponibles que no se encuentran incluidos en el listado definido por Invima según el Decreto [481](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_0481_2004.htm#Inicio) de 2004 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, se deberá realizar la prescripción en el formato de fórmula médica de la institución o personal, teniendo en cuenta lo definido por el Decreto Único [780](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_0780_2016.htm#Inicio) de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya, el cual servirá para realizar el trámite de importación ante el Invima. Una vez dicho Instituto autorice su importación, la EPS ingresará la información a la herramienta tecnológica dispuesta. En todo caso, el ingreso de la información a la plataforma web no es condicionamiento para efectuar el suministro al usuario.”

Con base a lo anterior, no es procedente la autorización de medicamentos que no están incluidos como tecnología o servicio financiado con recursos de la UPC si no se han efectuado o se tiene certeza de la verificación de los requisitos señalados en las normas citadas. Así las cosas, de considerar el Juez de Tutela la presunta vulneración de los derechos fundamentales de la parte accionante, se solicita se ordene la realización del comité técnico científico y se tramite en la aplicación MIPREES para descartar la posibilidad del reemplazo del medicamento por uno con similares componentes activos que esté incluido dentro de los servicios o tecnologías financiadas con recursos de la UPC y se verifique el cumplimiento de los criterios establecidos para la prescripción con base al artículo 10 de la Resolución 1885 de 2018.

1. **FALTA DE MOTIVACIÓM DE LA SENTENCIA PARA CONCEDER EL TRATAMIENTO INTEGRAL.**

Nueva EPS tiene un modelo de acceso a los servicios y la entrada a ellos es a través de los servicios de Urgencias o a través de la IPS Primaria asignada a cada afiliado donde puede acceder a los servicios ambulatorios programados.

Así las cosas, la **Resolución 3512 DE 2019** en su **artículo 2,** respecto Estructura y naturaleza de los servicios y tecnologías de salud, señala:

“Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC se encuentran contenidos en el presente acto administrativo y esta n estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad y que se constituye en un mecanismo de protección al derecho fundamental a la salud para que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, garanticen el acceso a dichos servicios y tecnologías bajo las condiciones previstas en esta resolución.”.

Con base a lo anterior, los servicios que son ordenados al usuario por parte de los Médicos de la Red de Nueva EPS son cubiertos con base a lo permitido por las normas habilitantes, así, en sentencia T-760 de 2008, respecto a los requisitos del tratamiento integral indica:

“Tales decisiones proceden cuando “(i) la falta del servicio o medicina solicitada ponga en riesgo los derechos a la vida e integridad del paciente (…) sea porque amenaza su supervivencia o afecta su dignidad; (ii) el servicio o medicina no pueda ser sustituido por otro que sí está incluido dentro del POS bajo las mismas condiciones de calidad y efectividad; (iii) el servicio o medicina haya sido ordenado por un médico adscrito a la EPS en la que está inscrito el paciente; y, (iv) la capacidad económica del paciente, le impida pagar por el servicio o medicina solicitado”

Es así, que, frente al tratamiento integral, el juez constitucional debe verificar que, en efecto, una solicitud de este tipo tenga sustento en los presupuestos fácticos y que esté involucrada la responsabilidad de la accionada. Las órdenes dirigidas a las entidades deben corresponder a sus acciones u omisiones, pero en el caso de la referencia no se precisa cuál es la conducta de la EPS que se reprocha. **El requerimiento de la parte accionante, sus razones y las explicaciones, giraron en torno a la dificultad de sufragar el costo de sus desplazamientos, no en una ausencia de tratamiento.**

Por consiguiente, se debe determinar si el usuario cumple con las condiciones o sub-reglas establecidas por la Corte Constitucional para el amparo del tratamiento integral solicitado. Lo anterior haciendo énfasis, en la inviabilidad de acceder desmesuradamente a tratamientos integrales a los accionante en proporcionalidad con el **principio de solidaridad y el deber de financiamiento del sistema.**

En ese orden de ideas, el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, que tiene como una de los eslabones del Sistema General de Seguridad Social en salud, el PRINCIPIO DE SOLIDARIDAD, en los siguientes términos:

“Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

Solidaridad. **El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades”** (negrillas fuera del texto)

Por lo tanto, el principio de solidaridad denota una obligación de colaborar con el financiamiento de la salud, como también se deja estipulado en el artículo 10 de la norma *ibidem*:

**“**Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud. Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:

i) Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.**”**

Así las cosas, es claro que **el fallo de tutela no puede ir más allá de la amenaza o vulneración actual e inminente de los derechos y protegerlos a futuro**, pues con ello se desbordaría su alcance y además una condena en estos términos incurre en el error de obligar por prestaciones que aún no existen puesto que la obligación de un servicio de la EPS solo inicia una vez la dolencia en salud ocurre y por ello un fallo concreto no genera violación de derecho fundamental alguno.

Ha de precisarse que, **no resulta procedente tutelar hechos futuros e inciertos,** anticipándonos de esta manera a intuir el incumplimiento de las funciones legales y estatutarias de la accionada, **lo que equivale a presumir la MALA FE en la prestación de los servicios que llegase a requerir el paciente**, situación atentatoria del principio de la buena fe, que bien lo consagra la Constitución. Así, **la vulneración o amenaza debe ser ACTUAL E INMINENTE,** es decir que en el momento que el fallador toma la decisión de proteger el derecho fundamental, debe existir la acción u omisión para que se produzca una orden judicial que ponga fin a la vulneración o amenaza. Para el caso de referencia, no se ha vulnerado los derechos fundamentales del afiliado, razón por la cual **no se puede amparar un suceso futuro e incierto.**

Por otra parte, NUEVA EPS ha garantizado desde la fecha de la afiliación del usuario, todas las prestaciones asistenciales que ha requerido para el tratamiento de su patología, razón por la cual es totalmente improcedente ordenar el “Tratamiento Integral”, situación injustificada en razón de la jurisprudencia de la Corte Constitucional, por cuanto no ha sido un derecho vulnerado, sino por el contrario garantizado por la entidad accionada.

Por lo expuesto, se indica que de proceder el Tratamiento Integral requerido debe ser individualizado por cada patología padecida en cuanto a los tratamientos, los medicamentos incluyendo sus cantidades, así como su vigencia (Decreto 2200 de 2005); **siendo entonces necesario que el Juez, lo especifique, previo estudio médico, por ser competencia exclusiva del galeno**. Es por lo expuesto INVIABLE ordenar un tratamiento integral.

1. **EL PRINCIPIO DE SOLIDARIDAD APLICADO A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.**

La solidaridad es una característica propia de la asociación y la vida en comunidad. En nuestro país, el cual como es sabido, se define como un Estado Social de Derecho, la solidaridad encarna un principio fundamental y orientador de las actividades de los asociados, y que tiene como eje fundamental la familia.

Es por lo anterior que en el artículo primero de la Constitución Política de 1991, se introdujo de un lado el concepto de Estado Social de Derecho y junto a este el principio de solidaridad, como pilar preponderante en el cual este se soporta.[[1]](#footnote-1)

**Para la Corte ha sido claro, en los múltiples pronunciamientos sobre este tema, que la solidaridad se extiende incluso a los parientes cercanos de los afiliados, por tanto, el análisis que sobre la capacidad económica se haga y el trabajo probatorio en el marco de las acciones de tutela, deberá incluir la verificación de las condiciones económicas también de los parientes del afiliado, no solo circunscribirse a este último.**

Ahora, bajo la perspectiva de que los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son limitados y por lo general escasos frente a las necesidades que enmarca el servicio de salud, es que resulta necesario invertirlos de la mejor manera posible. En este sentido, cubrir la prestación de servicios de salud NO-PBS prescritos por el médico tratante, frente a afiliados que no poseen la capacidad económica de asumir estos gastos, y que tampoco sus familiares más cercanos se encuentran en la capacidad de hacerlo, es una de las situaciones en las cuales subsidiariamente el Estado puede entrar a cubrir esta necesidad.

No obstante, la jurisprudencia constitucional ha reiterado que debe agotarse la posibilidad primaria de que sea el afiliado o sus familiares cercanos quienes cubren los gastos económicos derivados del servicio de salud de tecnologías de salud NO-PBS de ellos mismos o de sus parientes, en desarrollo del principio de solidaridad, en los términos planteado en la Sentencia T-795 de 2010. Lo anterior busca que quienes tengan capacidad de pago, contribuyan al mantenimiento del equilibrio económico del Sistema, al sufragar este tipo de gastos, y liberando de tal responsabilidad al Estado, lo cual (estimó la Corte en aquella oportunidad) limita la posibilidad de ampliar la cobertura de los servicios de salud en todo el territorio nacional.[[2]](#footnote-2)

Lo anterior nos lleva a la afirmación según la cual el afiliado y sus familiares cercanos son los primeros en ser llamados a asumir este tipo de gastos. Ahora, el Estado concurre ante la incapacidad de pago de los dos primeros. En este sentido, después del propio afiliado, su familia es la primera obligada económica, moral y afectivamente para con este, y si no es posible tal apoyo económico, el cual deberá estar comprobado, será el Estado el que concurra a brindar la protección.[[3]](#footnote-3)

Con esto, se da por sentado que el principio de solidaridad es el primer referente a ser tenido en cuenta cuando en el marco de las acciones de tutela, los accionantes reclaman la prestación de un servicio NO-PBS, pues solo de manera subsidiaria ante la imposibilidad de que el propio afiliado o sus familiares cercanos puedan sufragar estos gastos el Estado concurre. De no cumplirse esta primera condición, y de no resultar probada la ausencia de capacidad económica en el trámite de la acción de tutela, serán el afiliado y su familia los encargados de asumir los costos y cuidado de su pariente necesitado.

1. **PETICIONES**

En mérito de lo anteriormente expuesto, respetuosamente hago las siguientes peticiones:

1. **PRINCIPALES**

**PRIMERA:** por las razones expuestas se revoquen las ordenes dadas por Juzgado relacionadas con elementos que no están incluidos dentro del Plan de Beneficios y tratamiento integral.

1. **SUBSIDIARIAS**

**PRIMERA:** se adicione el fallo indicando que en virtud de la Resolución 205 de 2020, por medio de la cual se establecieron unas disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC, **se ordene al ADRES reembolsar todos aquellos gastos en que incurra NUEVA EPS en cumplimiento del presente fallo de tutela y que sobrepasen el presupuesto máximo asignado para la cobertura de este tipo de servicios.**

**SEGUNDA:** Se modifique el fallo en el sentido de ordenar previo al reconocimiento de elementos excluidos de los recursos financiados con recursos de la UPC, que se efectué el trámite ante el Comité Técnico Científico (CTC) para la autorización de este o se lleve a cabo la ruta MIPRES a cargo de la IPS que atendió el afiliado a través del médico que ordenó esta.

1. **ANEXOS**
* Poder Especial para actuar
* Certificado de Existencia y Representación Legal de Nueva Empresa Promotora de Salud - **NUEVA EPS S.A**.
1. **NOTIFICACIONES**

Las notificaciones las recibiré en la Secretaría de su Despacho y en la Carrera 85k N° 46 A -66 y/o Correo electrónico ***secretaria.general@nuevaeps.com.co******.***, teléfono de Bogotá.

Atentamente, 

**OSCAR EDUARDO SILVA GÓMEZ**

Profesional Jurídico II - Apoderado Especial

Secretaría General y Jurídica

**NUEVA EPS S.A.**

1. **Constitución Política de Colombia. Artículo 1º.** *“Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general”.* [↑](#footnote-ref-1)
2. **Corte Constitucional. Sentencia T-017 de 2013.** *“La idea de que los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud son limitados y normalmente escasos ha llevado a un consenso sobre la relevancia de reservarlos a asuntos prioritarios. En el ámbito de la acción de tutela, esto significa que deben ser invertidos en la financiación de prestaciones que no pueden ser asumidas directamente por sus destinatarios. La falta de capacidad para sufragar los medicamentos, tratamientos, procedimientos, e insumos que son ordenados por el médico tratante pero no están incluidos en el plan de beneficios de salud del paciente es, en efecto, y de conformidad con lo reseñado en el acápite anterior; uno de los requisitos que deben acreditarse en orden a obtener su autorización por esta vía excepcional. Tal exigencia ha sido asociada a la prevalencia del interés general y, sobre todo, al principio de solidaridad que les impone a los particulares el deber de vincular su propio esfuerzo y actividad en beneficio o apoyo de otros asociados o en interés colectivo. Así, la jurisprudencia constitucional ha entendido que quienes cuentan con capacidad de pago deben contribuir al equilibrio del Sistema, sufragando los medicamentos y servicios médicos NO POS que requieren, en lugar de trasladarse dicha carga al Estado, que se vería limitado para hacer realidad su propósito de ampliar progresivamente la obertura del servicio de salud”.* [↑](#footnote-ref-2)
3. **Corte Constitucional. Sentencia T-610 de 2013.***”La Constitución dispone la concurrencia del Estado, la sociedad y la familia para brindar protección y asistencia a las personas en situación de discapacidad. Claro está que la familia es la primera obligada económica, moral y afectivamente para sobrellevar y atender cada uno de los padecimientos, en este orden de ideas, la Corte ha dicho que, solo cuando la ausencia de capacidad económica se convierte en una barrera infranqueable para las personas, debido a que por esa causa no pueden acceder a un requerimiento de salud y se afecta la dignidad humana, el Estado está obligado a suplir dicha falencia”.* [↑](#footnote-ref-3)