



**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO**  
**JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR**

Valledupar, Cesar, Trece (13) de Julio de dos mil Veinte  
(2020)

**RAD: 20001 31 03 002 2020- 00085 - 01** Acción de tutela de segunda instancia promovida por **ISNELDA ESTHER MEJIA TOVAR** como agente oficiosa de **MARIA CAMILA VIECCO MEJIA** contra **COOMEVA EPS**. Derecho fundamental la **salud**.

**ASUNTO A TRATAR:**

El Despacho procede a resolver la impugnación interpuesta por la parte accionante ISNELDA ESTHER MEJIA TOVAR como agente oficiosa de MARIA CAMILA VIECCO MEJIA contra la sentencia de 09 de marzo de 2020, proferida por el Juzgado Quinto Civil Municipal de Valledupar, Cesar, dentro de la acción de tutela de la referencia.

**HECHOS:**

Como fundamento fáctico de la acción constitucional, la parte accionante en representación de su hija, adujo en síntesis, lo siguiente:

El pasado 14 de Julio de 2019, siendo aproximadamente las 20:40 horas, en inmediaciones de calle 44-25 con carrera 25a-38, se presentó accidente de tránsito donde resultando victima su hija MARIA CAMILA VIECCO MEJIA, así mismo, fue ingresada de urgencia a la clínica SANTA ISABEL, con diagnóstico de: FRACTURA DE BASE DE CRÁNEO OCCIPITAL DERECHO, TEMPORAL DERECHA, ESFEROIDES, CONTUSIONES HEMORRÁGICAS PRONO TEMPORALES IZQUIERDAS Y EDEMATOSAS TEM\*PORALES DERECHAS, AREA DE ISQUEMIA TEMPORAL DERECHA, EDEMA CEREBRAL GENERALIZADO, CONTUSIONES TEMPORALES, TRAQUEOBRONQUITIS PIPERACILINA TAZOBACTAM- VACO1CINA.

Su hija fue trasladada a su domicilio, bajo la prestación del home care en el mes de agosto de 2019, el cual fue ordenado con las siguientes especificaciones: DIETA &ANDA ASISTIDA, TERAPIA FISICA 1 VEZ POR DIA, INTERVENCION POR FONOAUDIOLOGIA 3 VECES POR SEMANA, GLUCOMETRIAS CADA 12 HORAS, CURACIONES, ENFERMERA POR 12 HORAS POR 30 DMS, MEDIDAS ANTIESCARAS CON CAMBIO DE POSICIÓN CADA 2 HORAS, TRASLADO EN AMBUUNCIA, VISITA POR MEDICO GENERAL UNA VEZ POR SEMANA.

Su hija es beneficiaria del núcleo familiar; su señor esposo LUIS FERNANDO ZULETA con C.0 7.573.897 de Manaure-Cesar, es el único quien labora en la casa, toda vez que yo acompaño a su hija en todo momento por que requiere de cuidados especiales, y además no

tenemos asistencia de familiares, ya que no se encuentran en condiciones económicas de ayudarles.

Presente Derecho de Petición ante la EPS en aras de instar la exoneración de Copagos y Cuotas moderados, pero la EPS en respuesta No. 4687238, resolvió de forma negativa dicha solicitud aludiendo que su hija no cumplía con los requerimientos para la exoneración de los mismos.

Debido a todas las patologías presentadas por su hija, la carga económica ha aumentado y se encuentran en una situación de insolvencia, ya que además de los gastos de comida, servicios, transportes y demás, se suman los gastos médicos de su hija MARIA CAMILA VIECCO MEJIA, donde los copagos son de montos exorbitantes para la situación económica familiar, tal Como consta en los recibos de copagos relacionados en las pruebas, por ende, la EPS COOMEVA, le ha manifestado de manera verbal que si no se cancelan los COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS, retira el servicio de home care que es VITAL, para la recuperación de su hija, y que además de eso depende su progreso y sus condiciones de vida digna; aclaran, que se pertenecen al régimen contributivo, lo cierto es que sus ingresos apenas alcanzan el salario mínimo mensual, razón por la cual se nos hace imposible costear todos los requerimientos de salud que presenta el diagnostico de su hija.

A pesar de que le fueron prescritos los medicamentos: NEUROBASAL PIRACETAM de 800 MG del Laboratorio Incobra y COMPLEGEL NF-citicolina 250MG por 30 tabletas, por los médicos tratantes desde que se encontraba interna en la Clínica Santa Isabel, no ha sido posible que sean suministrados por parte de COOMEVA EPS, aun teniendo conocimiento de que cada medicamento prescrito es de vital importancia para la recuperación satisfactoria de su hija.

El 03 de enero de la presente año, se dirigieron a dar cumplimiento a la cita programada en la CLINICA ALTA COMPLEJIDAD DEL CARIBE, con el especialista en Neurología, pero dicha atención medica no fue prestada aludiendo que no había Contratación con el prestador, a pesar de que se acercó a la Sala Sip de COOMEVA EPS no le han dado solución a la falta de atención medica que requiere su hija, cobijándole bajo el mismo argumento; lo mismo sucede con la atención médica con el Especialista en Psiquiatría, que fue prescrita hace mucho tiempo y no ha sido posible que esa se haya prestado.

#### **PRETENSIONES:**

En virtud de lo anterior, la parte accionante solicita tutelar los derechos fundamentales a la vida, salud, integridad física, y dignidad humana de su hija, y en consecuencia, se le ordene a COOMEVA EPS, a que le permita a su hija acceder de manera oportuna, sin ninguna dilación, en el término de 48 horas a partir de notificada la decisión de esta acción:

1.- La atención medica con los Especialistas en Neurología y Psiquiatría y los demás que se requieran en la periodicidad que

sea necesaria para la recuperación satisfactoria de su hija, según lo ordenado por su médico tratante.

2.- La entrega de los medicamentos NEUROBASAL-PIRACETAM de 800MG del laboratorio INCOBRA, y COMPLEGEL NF-CITOCOLINA 250 MG, ordenados por el médico tratante en la cantidad prescrita por el mismo.

3.- Se ordene el TRATAMIENTO INTEGRAL, el cual se incluye la atención médica oportuna, el suministro de medicamentos, suministro de pañales, prestación del servicio de homecare, la realización de todos los exámenes médicos prescritos y la toda la atención que sea necesaria y ordenado por el médico tratante por las patologías que padece, tratándose de la salud de una persona en condición de discapacidad, las cuales tienen protección especial por parte del estado.

4.- Se autorice la EXONERACIÓN DE LOS COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS.

#### **SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA:**

El *iudex a quo*, finalmente con sentencia de 09 de marzo de 2020, tuteló el derecho fundamental a la salud a MARIA CAMILA VIECCO MEJIA, vulnerado por COOMEVA EPS.

En consecuencia, ORDENAR a Coomeva EPS, por intermedio de su Representante Legal o quien haga sus veces, que los copagos que deban cancelarse por la atención de MARÍA CAMILA YIECCO MEJÍA, será el equivalente al 50% del valor fijado para cada servicio, por la patología que actualmente padece, hasta que la paciente se recupere o los ingresos familiares se vean incrementados.

Al considerar, que la accionante y su grupo familiar se encuentran en un estado de vulnerabilidad, pues depende únicamente del ingresos de su progenitor de la paciente que se ve seriamente impactado con esta erogación casi a constituir una afectación al mínimo vital.

#### **FUNDAMENTOS DE LA IMPUGNACIÓN:**

Dentro del término legal, el accionante impugnó el fallo de primera instancia para manifestar lo siguiente:

Actualmente a causa de la emergencia sanitaria del Covid-19 se encuentran desempleados, y no cuentan con los recursos económicos para cancelar los altos costos de las cuotas moderadoras y copagos generados a causa del diagnóstico de mi hija: FRACTURA DE BASE DE CRANEO OCCIPITAL DERECHO, TEMPORAL DERECHA, ESFENOIDES, CONTUSIONES HEMORRAGICAS FRONOTemporales IZQUIERDAS Y EDEMATOSAS TEMPORALES DERECHAS, AREA DE ISQUEMIA TEMPORAL DERECHA, EDEMA CEREBRAL GENERALIZADO, CONTUSIONES TEMPORALES, TRAQUEOBRONQUITIS A/ B PIPERACILINA TAZOBACTAM-VACOICINA.

Argumenta, que la falta de recursos económicos para sufragar dichas cuotas moderadoras, corresponderían a un obstáculo que impide el acceso a los servicios de salud de su hija y, por consiguiente la

materialización de este derecho fundamental, es por lo que solicita señor juez que la exoneración de los mismos sea cubierto al 100%, para que así su hija pueda recibir los tratamientos médicos que son necesarios para que su estado de salud pueda mejorar.

Arguye, las citas fueron solicitadas de manera verbal ante los funcionarios de Sala SIP, y la respuesta recibida siempre fue que apenas contaran con contratación me iban a tener en cuenta para asignar las citas médicas de Neurología y Psiquiatría; inconforme con sus respuestas el día 3 de marzo de 2020, solicitó a través de correo electrónico las citas y lo concerniente a la cirugía que requiere su hija, y la información que recibió el 26 de mayo del hogaño, fue que una vez tuvieran respuesta le informaran y hasta hoy no le han enviado contestación al requerimiento hecho.

Manifiesta que su hija se encuentra discapacitada y que es de gran relevancia que reciba la atención necesaria de manera continua e ininterrumpida, ya que solo así es que podría haber mejoría en su estado de salud, y es la EPS la que está en obligación de remover todas las barreras para que sus usuarios puedan acceder a los servicios que requieren con ocasión a sus patologías, y puedan tener opciones válidas de mejoramiento en el contexto de los tratamientos que científicamente se les ofrezcan.

Concluye, que a pesar de que le fueron prescritos los medicamentos: NEUROBASAL-PIRACETAM de 800 MG del Laboratorio Incobra y COMPLEGEL NF-citicolina 250MG por 30 tabletas, por los médicos tratantes desde que se encontraba interna en la Clínica Santa Isabel, y no ha sido posible que sean suministrados por parte de COOMEVA EPS.

#### **CONSIDERACIONES DEL DESPACHO:**

Reiteradamente han venido sosteniendo los Jueces y Tribunales que la acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la Carta Magna y desarrollada por el Decreto 2591 del 91, es un mecanismo judicial de protección inmediata de los derechos constitucionales fundamentales mediante un procedimiento preferente y sumario, cuando quiera que ellos resulten vulnerados o amenazados generalmente, por autoridad pública o de un particular en los términos que señala la ley. Se trata de una acción que presenta como características fundamentales la de ser un mecanismo inmediato o directo para la debida protección del derecho constitucional fundamental violado; y la de ser subsidiaria, esto es, que su implantación solamente resulta procedente a falta de otro medio de defensa judicial.

De lo anterior se colige que la acción de tutela sólo procede para amparar derechos fundamentales, cuando estos resulten vulnerados o amenazados por acción u omisión de una autoridad pública, o en casos especiales por particulares, cuando estos tengan entre sus funciones la prestación de servicios públicos o cuando entre accionante y accionado exista una relación de subordinación o indefensión.

De acuerdo con la impugnación promovida, el problema jurídico a resolver se reduce a establecer, ¿si la decisión de primera

instancia está ajustada a los parámetros jurisprudenciales y normativos para conceder el amparo a los derechos fundamentales a Mildred Cecilia Donado Pallares?

**La naturaleza jurídica de los copagos y de las cuotas moderadoras y las hipótesis en las que procede su exoneración - Sentencia T-402/18:**

El artículo 187 de la Ley 100 de 1993, por medio de la cual se regula el Sistema de Seguridad Social Integral, establece la existencia de *pagos moderadores*, los cuales tienen por objeto racionalizar y sostener el uso del sistema de salud. Esta misma norma aclara que dichos pagos deberán estipularse de conformidad con la situación socioeconómica de los usuarios del Sistema, pues bajo ninguna circunstancia pueden convertirse en barreras de acceso al servicio de salud.

La Corte Constitucional precisó que *"la exequibilidad del cobro de las cuotas moderadoras tendrá que sujetarse a la condición de que con éste nunca se impida a las personas el acceso a los servicios de salud; de tal forma que, si el usuario del servicio -afiliado cotizante o sus beneficiarios- al momento de requerirlo no dispone de los recursos económicos para cancelarlas o controvierte la validez de su exigencia, el Sistema y sus funcionarios no le pueden negar la prestación íntegra y adecuada"*. De modo que, cuando una persona no tiene los recursos económicos para cancelar el monto de los pagos o cuotas moderadoras, la exigencia de las mismas limita su acceso a los servicios de salud, lo cual va en contravía de los principios que deben regir la prestación del servicio.

Como desarrollo de lo establecido en la Ley 100 de 1993, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud expidió el Acuerdo 260 de 2004, en el que se definió el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El mencionado Acuerdo se encargó de establecer: (i) las clases de pagos moderadores, (ii) el objeto de su recaudo, (iii) la manera cómo estos se fijan y (iv) las excepciones a su pago.

En relación con las clases de pagos, dicho Acuerdo en su artículo 3° estableció la diferencia entre las *cuotas moderadoras* y los *copagos*. Señaló que las primeras son aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los segundos se aplican única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios.

Al respecto, esta Corporación ha reconocido que el establecimiento de las cuotas moderadoras, atiende el propósito de racionalizar el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de los afiliados y sus beneficiarios, evitando desgastes innecesarios en la prestación del servicio, y, de otro lado, con los copagos aplicables a los beneficiarios, pretende que una vez se haya ordenado la práctica de algún servicio médico, se realice una contribución, de conformidad con un porcentaje establecido por la autoridad competente y acorde a la capacidad económica del usuario, con la finalidad de generar financiación al Sistema y proteger su sostenibilidad.

De otro lado, el artículo 5° del Acuerdo 260 de 2004 se encarga de enunciar los principios que deben respetarse para fijar los montos que se deben cancelar por concepto de cuotas moderadoras y copagos, a saber:

**"1. Equidad.** Las cuotas moderadoras y los copagos en ningún caso pueden convertirse en una barrera para el acceso a los servicios, ni ser utilizados para discriminar la población en razón de su riesgo de enfermar y morir, derivado de sus condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales.

2. **Información al usuario.** Las Entidades Promotoras de Salud deberán informar ampliamente al usuario sobre la existencia, el monto y los mecanismos de aplicación y cobro de cuotas moderadoras y copagos, a que estará sujeto en la respectiva entidad. En todo caso, las entidades deberán publicar su sistema de cuotas moderadoras y copagos anualmente en un diario de amplia circulación.

3. **Aplicación general.** Las Entidades Promotoras de Salud, aplicarán sin discriminación alguna a todos los usuarios tanto los copagos como las cuotas moderadoras establecidos, de conformidad con lo dispuesto en el presente acuerdo.

4. **No simultaneidad.** En ningún caso podrán aplicarse simultáneamente para un mismo servicio copagos y cuotas moderadoras."

Por su parte, el artículo 4° del citado Acuerdo dispone que las cuotas moderadoras y los copagos se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante. Particularmente, en el artículo 9° se especifican las condiciones propias de los copagos, que son los que tienen relevancia en los casos objeto de estudio. Al respecto, se establece que el valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes, de acuerdo con los parámetros que, para cada evento, se fijan en la misma disposición.

Ahora bien, el precitado Acuerdo, en su artículo 7°, hace referencia a las excepciones a la cancelación de copagos de la siguiente forma:

"Artículo 7°. Servicios sujetos al cobro de copagos. Deberán aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, con excepción de: 1. Servicios de promoción y prevención. 2. Programas de control en atención materno infantil. 3. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles. 4. Enfermedades catastróficas o de alto costo. 5. La atención inicial de urgencias. 6. Los servicios enunciados en el artículo precedente". (Subrayado fuera del texto original)

A su vez, el párrafo 2° del artículo 6° del mismo Acuerdo establece: "[s]i el usuario está inscrito o se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas, en el cual dicho usuario debe seguir un plan rutinario de actividades de control, no habrá lugar a cobro de cuotas moderadoras en dichos servicios".

De otro lado, con el objetivo de evitar que el cobro de copagos se convierta en una barrera para la garantía del derecho a la salud, esta Corporación ha considerado que hay lugar a la exoneración del cobro de los *pagos moderadores*, en los casos en los cuales se acredite la afectación o amenaza de algún derecho fundamental, a causa de que el afectado no cuente con los recursos para sufragar los citados costos. Particularmente, la jurisprudencia constitucional ha establecido dos reglas que el operador judicial debe tener en cuenta para eximir del cobro de estas cuotas: (i) cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de la cuota moderadora, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a éste, asumiendo el 100% del valor; (ii) cuando una persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad económica para asumirlo, pero tiene problemas para hacer la erogación correspondiente de forma oportuna, la entidad encargada de la prestación deberá brindar oportunidades y formas de financiamiento de la cuota moderadora, con la posibilidad de exigir garantías, a fin de evitar que la falta de disponibilidad

inmediata de recursos se convierta en un obstáculo para acceder a la prestación del servicio.

En síntesis, la cancelación de cuotas moderadoras y copagos es necesaria en la medida en que contribuyen a la financiación del Sistema de Seguridad Social en Salud y protege su sostenibilidad. No obstante, el cubrimiento de copagos no puede constituir una barrera para acceder a los servicios de salud, cuando el usuario no tiene capacidad económica para sufragarlos, por lo que es procedente su exoneración a la luz de las reglas jurisprudenciales anteriormente referidas. Así mismo, el Acuerdo 260 de 2004 que definió el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras en el Sistema de Salud, estableció que estas deben fijarse con observancia de los principios de equidad, información al usuario, aplicación general y no simultaneidad, siempre en consideración de la capacidad económica de las personas. Así mismo, dispuso el deber de aplicar copagos a todos los servicios de salud con excepción de ciertos casos particulares, dentro de los cuales se encuentran: (i) aquellos en los cuales el paciente sea diagnosticado con una enfermedad catastrófica o de alto costo y (ii) cuando el usuario se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas.

En este orden de ideas, es procedente que el operador judicial exima del pago de copagos y cuotas moderadoras cuando: (i) una persona necesite un servicio médico y carezca de la capacidad económica para asumir el valor de la cuota moderadora, caso en el cual la entidad encargada deberá asegurar al paciente la atención en salud y asumir el 100% del valor correspondiente; (ii) el paciente requiera un servicio médico y tenga la capacidad económica para asumirlo, pero se halle en dificultad de hacer la erogación correspondiente antes de que éste sea prestado. En tal supuesto, la EPS deberá garantizar la atención y brindar oportunidades y formas de pago de la cuota moderadora; y (iii) una persona haya sido diagnosticada con una enfermedad de alto costo o esté sometida a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas, casos en los cuales se encuentra legalmente eximida del cubrimiento de la erogación económica.

#### **Exoneración de copagos para personas con enfermedades catastróficas o huérfanas - Sentencia T-402/18:**

De conformidad con el anterior acápite, está claro que las enfermedades catastróficas o de alto costo constituyen una excepción a la aplicación del sistema de copagos. En este orden, se tiene que la Resolución 3974 de 2009 del Ministerio de la Protección Social establece una lista de las enfermedades consideradas como de alto costo, de la siguiente forma:

"Artículo 1°. Enfermedades de Alto Costo. Para los efectos del artículo 1° del Decreto 2699 de 2007, sin perjuicio de lo establecido en la Resolución 2565 de 2007, téngase como enfermedades de alto costo, las siguientes: a) Cáncer de cérvix, b) Cáncer de mama, c) Cáncer de estómago, d) Cáncer de colon y recto, e) Cáncer de próstata, f) Leucemia linfoide aguda, g) Leucemia mieloide aguda, h) Linfoma hodgkin, i) Linfoma no hodgkin, j) Epilepsia, k) Artritis reumatoidea, l) Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)" (subrayado fuera del texto original).

A su vez, el Acuerdo 029 de 2011 y las Resoluciones del Ministerio de Protección Social 5521 de 2013 y 6408 de 2016, aunque no incluyen una definición o un criterio determinante para establecer las enfermedades de alto costo, sí presentan un listado referente a los procedimientos, eventos o servicios considerados como tales. El artículo 129 de la Resolución 6408 de 2016 prevé:

"ARTÍCULO 129. ALTO COSTO. Sin implicar modificaciones en la cobertura del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, entiéndase para efectos del no cobro de copago los siguientes eventos y servicios como de alto costo: A. Alto Costo Régimen Contributivo: 1. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea. 2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis. 3. Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón. 4. Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central. 5. Reemplazos articulares. 6. Manejo médico quirúrgico del paciente gran quemado. 7. Manejo del trauma mayor. 8. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH/SIDA. 9. Quimioterapia y radioterapia para el cáncer. 10. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos. 11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas".

Conviene subrayar sobre las Resoluciones citadas, que la número 3974 de 2009 reconoce una serie de **enfermedades de alto costo**. Por otro lado, el Acuerdo 029 de 2011, la Resolución 5521 de 2013 y la Resolución 6408 de 2016, establecen un listado de **eventos o servicios de alto costo**, por lo que enumeran ciertos procedimientos considerados como tales. De este modo, no es posible afirmar que la Resolución 6408 de 2016 modifica o deroga lo contemplado en la Resolución 3974 de 2009, toda vez que hacen referencia a categorías distintas, a saber, enfermedad y evento o servicio médico.

Por su parte, la Ley 1438 de 2011 establece como deberes en cabeza del Gobierno Nacional, de un lado, (i) realizar la actualización del POS, "una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios"; y de otro lado, (ii) la evaluación integral del Sistema General de Seguridad Social en Salud cada cuatro (4) años, con base en indicadores como "la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y en general las precursoras de eventos de alto costo"<sup>[75]</sup>, con la finalidad de complementarlas.

De este modo, esta Corporación ha resaltado que la definición y alcance de las enfermedades de alto costo no es un asunto completamente resuelto dentro de la normatividad nacional, en la medida en que si bien existe reglamentación que hace referencia a algunas de estas enfermedades, dicha enumeración no puede considerarse taxativa y cerrada en atención a que su clasificación se encuentra supeditada a la vocación de actualización del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Así, la Corte en la sentencia T-399 de 2017 precisó que "las enfermedades huérfanas también se consideran enfermedades de alto costo y, en ese orden, se encuentran incluidas en la cuenta encargada de administrar los recursos de las enfermedades catalogadas como de Alto Costo". Sobre el particular, esta providencia se refirió al artículo 4 del Decreto 1954 de 2012 "[p]or el cual se dictan disposiciones para implementar el sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas", el cual estableció un reporte inicial de los datos del censo de pacientes con enfermedades huérfanas a la Cuenta de Alto Costo.

La referida Cuenta fue creada mediante el Decreto 2699 de 2007, como el organismo encargado de administrar financieramente los recursos que las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), destinen para el cubrimiento de la atención de las enfermedades ruinosas y catastróficas. En este orden, la Corte concluyó que de la inclusión de las enfermedades huérfanas a la mencionada Cuenta, se infiere su reconocimiento en el marco legal vigente, como enfermedades de alto costo.

En conclusión, la Corte afirmó que conforme a lo previsto en la Ley 100 de 1993 y en el Acuerdo 260 de 2004, por regla general,

toda persona que padezca una enfermedad calificada como de alto costo, en las que se incluyen las enfermedades denominadas huérfanas, adquiere el estatus de sujeto de especial protección constitucional y se encuentra eximida de la obligación de realizar el aporte de copagos, cuotas moderadoras o cuotas de recuperación, independientemente de si se encuentra inscrito en el régimen contributivo o subsidiado.

Ahora con lo que respecta la exoneración de la cuota moderadora, la jurisprudencia ha establecido:

**"exoneración en el pago de cuotas moderadoras y copagos-** De otra parte, cuando la dificultad económica surge como barrera para acceder a la atención en salud, esta situación también revierte en el tema de los copagos o cuotas moderadoras. Es por ello, que a pesar de estos cobros han sido considerados por la Corte como legalmente viables, su cuantía debe ser razonable, pues en algunos casos, las precarias condiciones económicas de las familias, les impide asumir el pago de los mismos, caso en el cual al juez constitucional le es permitido ordenar su exoneración por medio de la tutela, cuando se demuestre, siquiera sumariamente, la incapacidad financiera del paciente, o sin acreditarlo, cuando éste presente una enfermedad catalogada como catastrófica" Sentencia T-912/14.

**Sentencia T-924/11 PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Finalidad El principio de integralidad:**

"tiene por finalidad mejorar las condiciones de existencia de los pacientes, prestando los servicios médicos en el momento adecuado, en otras palabras este mandato de optimización responde "a la necesidad de garantizar el derecho a la salud de tal manera que los afiliados al sistema puedan acceder a las prestaciones que requieran de manera efectiva, es decir, que debido a la condición de salud se le otorgue una protección integral en relación con todo aquello que sea necesario para mejorar la calidad de vida de manera efectiva". Así mismo, la integralidad en el servicio de salud implica que el doliente debe recibir el tratamiento de calidad que requiere según las condiciones de la patología que lo aquejan y las realidades científicas y médicas.

La protección constitucional del derecho fundamental a la salud y el principio de integralidad. Reiteración Jurisprudencial 6. La jurisprudencia de esta Corporación desde la sentencia T-760 de 2008 ha considerado que el derecho a la salud, es de raigambre fundamental, por lo que puede ser protegido a través de acción de tutela. Por ende, dejó de ampararlo con la condición de que vulnerará otro derecho de tal jerarquía como la vida, en lo que se denominó el criterio de conexidad. Así las cosas, concluyó con fundamento en normas derecho internacional<sup>5</sup> que su sola vulneración le concede la facultad a las personas para que le soliciten al juez constitucional su intervención y defensa de sus derechos fundamentales. Adicionalmente, el precedente constitucional ha indicado que el núcleo esencial del derecho a la salud no solo obliga a resguardar la simple existencia física del ser humano, sino que se extiende a los ámbitos psíquicos y afectivos de la persona.

Entonces, la fundamentabilidad de este derecho surge cuando se verifica alguno de los siguientes puntos: "(i) falta de reconocimiento de prestaciones incluidas en los planes obligatorios, siempre que su negativa no se haya fundamentado en un criterio estrictamente médico y, (ii) falta de reconocimiento de prestaciones excluidas de los planes obligatorios, en situaciones en que pese a la necesidad de garantizarlas de manera urgente, las personas no acceden a ellas a causa de la incapacidad económica para asumirlas. En

estos eventos, el contenido del derecho a la salud no puede ser identificado con las prestaciones de los planes obligatorios.”

Ahora bien, en relación con los servicios de salud incluidos y excluidos de los planes obligatorios, este Tribunal Constitucional ha aplicado un criterio simple, que permite establecer la procedencia de la acción de amparo respecto del derecho a la salud<sup>8</sup>; el cual se sintetiza en que “las personas tienen derecho a que se les preste de forma integral los servicios que requieran, conforme a la regulación establecida y con indiferencia de la pertenencia de los servicios al POS”.<sup>9</sup> Lo anterior no es otra cosa que la vinculación directa del derecho a la salud con el principio de integralidad, que expresa que las personas deben recibir en el momento adecuado todas las prestaciones que pueden llevar efectivamente a la recuperación de su estado de salud.

Con relación a los servicios no incluidos dentro del citado esquema, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha depurado los criterios de acceso a los mismos y ha dicho: “En adelante, para simplificar, se dirá que una entidad de salud viola el derecho si se niega a autorizar un servicio que no esté incluido en el plan obligatorio de salud, cuando el servicio se requiera (i) la falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere; (ii) el servicio no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio; (iii) con necesidad el interesado no puede directamente costearlo, ni las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio se encuentra autorizada legalmente a cobrar, y no puede acceder al servicio por otro plan distinto que lo beneficie; y (iv) el servicio médico ha sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo. “En esta misma lógica, el principio de integralidad tiene por finalidad mejorar las condiciones de existencia de los pacientes, prestando los servicios médicos en el momento adecuado, en otras palabras este mandato de optimización responde “a la necesidad de garantizar el derecho a la salud de tal manera que los afiliados al sistema puedan acceder a las prestaciones que requieran de manera efectiva, es decir, que debido a la condición de salud se le otorgue una protección integral en relación con todo aquello que sea necesario para mejorar la calidad de vida de manera efectiva”<sup>11</sup>. Así mismo, la integralidad en el servicio de salud implica que el doliente debe recibir el tratamiento de calidad que requiere según las condiciones de la patología que lo aquejan y las realidades científicas y médicas. De donde se sigue que, “esta Corporación ha determinado que el juez de tutela, en virtud del principio de integralidad, deberá ordenar el suministro de los servicios médicos que sean necesarios para conservar o restablecer la salud del paciente, ello con la finalidad de que las personas afectadas por la falta del servicio, obtengan continuidad en la prestación del mismo. La Corte ha indicado que con ello se evita la interposición de acciones de tutela por cada servicio que le sea prescrito a un afiliado por una misma patología”. Para finalizar, este mandato de optimización obliga a las empresas promotoras de salud a no entorpecer las órdenes médicas con procesos y trámites administrativos que impidan a los usuarios acceder a las prestaciones hospitalarias necesarias y requeridas para aliviarse de las enfermedades que padecen.

Al respecto, en la **Sentencia C-313 de 2014**, se ha establecido que el referido principio de integralidad:

“es transversal en el Sistema de Salud y determina su lógica de funcionamiento, pues la adopción de todas las medidas necesarias encaminadas a brindar un tratamiento

que efectivamente mejore las condiciones de salud y calidad de vida de las personas es un principio que "está en consonancia con lo establecido en la Constitución y no riñe con lo sentado [con anterioridad] por este Tribunal". Precisó también que el principio de integralidad opera no solo para garantizar la prestación de los servicios y tecnologías necesarios para que la persona pueda superar las afectaciones que perturban sus condiciones físicas y mentales, sino también para que pueda sobrellevar la enfermedad manteniendo su integridad y dignidad personal, de modo que se propenda para que su entorno sea tolerable y adecuado.

En síntesis, este principio comprende la obligación del Estado y de las entidades encargadas de la prestación del servicio de salud de garantizar la autorización completa y oportuna de los tratamientos, medicamentos, intervenciones, procedimientos, exámenes, controles, seguimientos y demás servicios que el paciente requiera para el cuidado de su patología y para sobrellevar su enfermedad.

La Corte ha considerado que es posible solicitar por medio de la acción de tutela la garantía del tratamiento integral, cuando con ello se pretende asegurar la atención en conjunto de las prestaciones relacionadas con las afecciones de los pacientes, que han sido previamente determinadas por su médico tratante. Esta Corporación ha manifestado que el reconocimiento de dicho amparo requiere "(i) la descripción clara de una determinada patología o condición de salud diagnosticada por el médico tratante, (ii) por el reconocimiento de un conjunto de prestaciones necesarias dirigidas a lograr [superar o sobrellevar] el diagnóstico en cuestión; o (iii) por cualquier otro criterio razonable", precisando que el reconocimiento de la prestación integral del servicio de salud debe ir acompañado de indicaciones precisas que hagan determinable la orden del juez de tutela. Esto, por cuanto no le es posible a la autoridad judicial dictar órdenes indeterminadas ni reconocer mediante ellas prestaciones futuras e inciertas, pues, de hacerlo, se estaría presumiendo la mala fe de la entidad promotora de salud, en relación con el cumplimiento de sus deberes y obligaciones para con sus afiliados.

De otra parte, la jurisprudencia constitucional ha identificado una serie de eventos en los que se hace necesario otorgar una atención integral al paciente, cuando están en juego las garantías fundamentales de sujetos de especial protección constitucional, como es el caso de menores de edad, adultos mayores, indígenas, desplazados, personas con discapacidad física o que padezcan enfermedades catastróficas. En estos casos, la Corporación ha reconocido que la atención integral debe ser brindada independientemente de que las prestaciones requeridas se encuentren o no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud. Asimismo, la Corte ha sostenido que ante la existencia de casos excepcionales en los cuales las personas exhiben condiciones de salud extremadamente precarias e indignas, le es permitido al juez de tutela otorgar el reconocimiento de las prestaciones requeridas para garantizar su atención integral, con el fin de superar las situaciones que los agobian.

**Procedimiento para el suministro de servicios complementarios - Sentencia T-336/18:**

"Las Resoluciones 3951 de 2016, 1885 de 2018 y 2438 de 2018 establecieron los procedimientos para el reporte de prescripciones y el suministro, específicamente, de los denominados servicios o tecnologías complementarias, es decir, *"un servicio que si bien no pertenece al ámbito de la salud, su uso incide en el goce efectivo del derecho a la salud, a promover su mejoramiento o a prevenir la enfermedad"*

En resumen: (i) el reporte de la prescripción de servicios y tecnologías no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud está a cargo del profesional en la salud a través de la herramienta tecnológica *Mi Prescripción* "MIPRES", que es el aplicativo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social. La pertinencia de la utilización del servicio o tecnología complementaria debe consultarse a la Junta de Profesionales de la Salud en cada caso particular; (ii) las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) deben registrar la decisión de la Junta de Profesionales de la Salud en dicho aplicativo; (iii) si las IPS no cuentan con la referida Junta la entidad encargada del afiliado solicitará dicho concepto a una Junta de Profesionales de la Salud de su red de prestadores.

Mediante la Resolución 2438 del 12 de junio de 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social dispuso la implementación de la herramienta tecnológica *Mi Prescripción* "MIPRES" para la prescripción y reporte de las tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado y de los servicios complementarios. Así mismo, eliminó la autorización de estos servicios y tecnologías ante los Comités Técnico Científicos de las EPS.

Sin embargo, fijó el 1° de enero de 2019 como plazo para que las entidades territoriales responsables de la garantía del suministro de servicios y tecnologías complementarias se activen en el aplicativo "MIPRES". En el entretanto, la prescripción de servicios y tecnologías complementarias se harán mediante aprobación ante el Comité Técnico Científico, según lo dispuesto en el Título II de la Resolución 5395 de 2013<sup>[74]</sup>.

Es importante agregar que a la luz de lo dispuesto en el artículo 4° de la Resolución 3951 de 2016, las Entidades Promotoras de Salud deben garantizar el suministro oportuno, a través de la red de prestadores definida, de los servicios y tecnologías en salud no financiadas en el PBS prescritos por los profesionales de la salud y reportar al Ministerio la información necesaria en relación con lo anterior. Cabe aclarar que no es procedente que las IPS o EPS soliciten verificaciones al Ministerio de Salud y Protección Social, pues esa entidad no prescribe, autoriza o entrega dichos servicios o tecnologías-

**SOLUCIÓN AL CASO CONCRETO:**

Para comenzar, ISNELDA ESTHER MEJIA TOVAR como agente oficiosa de MARIA CAMILA VIECCO MEJIA, acude al juez de tutela en busca de la protección de los derechos a la salud, vida, integridad física y dignidad humana de su hija el cual considera que han sido vulnerados por Coomeva EPS al no autorizarle las citas con los especialistas, la entrega de los medicamentos y la exoneración de copagos.

Inconforme con la decisión, la accionante impugna la misma, al argumentar que ella y su señor esposo se encuentran desempleado y no tienen los ingresos para costear los copagos generados por la atención que recibe su hija por causa de sus patologías, además de

ello, no le han autorizado las citas con los especialistas y la los medicamentos ordenados por el médico tratante.

Para resolver el problema jurídico planteado, partimos que el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia establece que el Estado tiene la obligación de garantizar a todas las personas la atención en salud, con el establecimiento de políticas para la prestación del servicio y el ejercicio de una vigilancia y control de las mismas. De ahí que el derecho a la salud tenga una doble connotación: por un lado, se constituye en un derecho subjetivo fundamental del que son titulares todas las personas y, por otro, en un servicio público de carácter esencial cuya prestación es responsabilidad el Estado.

En principio, se consideró que el alcance del derecho a la salud se limitaba a su órbita prestacional, de ahí que su materialización era programática y progresiva y su desarrollo dependía de las políticas públicas implementadas para su ejecución a través de actos legislativos o administrativos. Posteriormente, fue reconocido jurisprudencialmente como un derecho fundamental cuando su amenaza o vulneración afecta otras garantías superiores como la vida. A continuación, se determinó que todos los derechos de la Carta son fundamentales al conectarse con los valores cuya protección, el legislador primario, pretendió elevar "a la categoría de bienes especialmente protegidos por la Constitución".

Además, mediante la Sentencia T-760 de 2008, la Corte estableció que la salud es un derecho fundamental autónomo *"en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna."* Por su parte el legislador mediante la Ley Estatutaria 1751 de 2015., en su artículo 2° reconoció que la salud es un derecho fundamental autónomo e irrenunciable que debe ser prestado de manera oportuna, eficaz y con calidad.

Así entonces, la salud al ser un derecho fundamental, puede ser protegido mediante la acción de tutela cuando resulte amenazado o vulnerado y no exista otro medio idóneo de defensa judicial, presupuesto que cobra mayor relevancia cuando los afectados son sujetos de especial protección constitucional.

Posteriormente, el artículo 8° de la Ley 1751 de 2015 señaló la necesidad de garantizar el tratamiento integral a quienes, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, les hubiese sido negado el acceso efectivo al servicio de salud, lo que incluye suministrar *"todos aquellos medicamentos, exámenes, procedimientos, intervenciones y terapias, entre otros, con miras a la recuperación e integración social del paciente, sin que medie obstáculo alguno independientemente de que se encuentren en el POS o no"*. Igualmente, comprende un tratamiento sin fracciones, es decir *"prestado de forma ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad"*.

El tratamiento integral implica la obligación de no fraccionar la prestación del servicio, por lo que está conexo con el principio de continuidad, que, de acuerdo a la jurisprudencia constitucional, obliga a prestar los servicios de salud de modo adecuado e ininterrumpido. Para tal efecto, las entidades de salud deben actuar con sujeción al principio de solidaridad, de modo que los trámites administrativos no sean un obstáculo en la prestación de sus servicios y los mismos sean brindados de forma coordinada y armónica.

Por tanto, es deber del Estado y de las entidades prestadoras del servicio público de salud asegurarles a los afiliados al sistema la continuidad en el tratamiento, cuidado y manejo de su enfermedad, siempre y cuando, con su retiro, se ponga en riesgo su calidad de vida e integridad. Además, la protección referida se refuerza en el principio de integralidad que enmarca el sistema y que supone que a los pacientes se les debe brindar la totalidad del tratamiento médico que demande su patología, en la buena fe, en la confianza legítima y en la eficiencia<sup>1</sup>.

Descendiendo al caso concreto, ISNELDA ESTHER MEJIA TOVAR como agente oficiosa de MARIA CAMILA VIECCO MEJIA, acude a la tutela buscando la exoneración de copagos a los servicios de salud de su hija, la autorización de las citas con los especialistas Neurología y Psiquiatría y la entrega de los medicamentos NEUROBASAL-PIRACETAM de 800 MG del Laboratorio Incobra y COMPLEGEL NF-citicolina 250MG por 30 tabletas, los cuales han sido negado por COOMEVA EPS.

Así mismo, se vislumbra que la agenciada según el historial clínico aportado, tiene diagnosticado HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA y TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO SEVERO, un TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO (TCE), patologías estas que indican que María Viecco, se haya en condiciones de debilidad manifiesta por cuanto el Traumatismo Múltiples no Especificado y las atenciones ordenadas que sean en su casa por cuanto no está en las condiciones de salir a recibir dicho servicios.

Así entonces, de acuerdo al historial clínico a la agenciada le ordenaron las atenciones ATENCION ENFERMERIA ASISTENCIAL 12 HORAS MEDIANA COMPLEJIDAD PACIENTE CRONICO (POS) TERAPIA FONOAUDIOLOGIA O DEL LENGUAJE DOMICILIARIA, ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA. POR MEDICINA GENERAL, ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA. POR NUTRICION Y DIETETICA, ATENCION VISITA DOMICILIARIA POR PSICOLOGIA Y TERAPIA FISICA DOMICILIARLA y TERAPIA FISICA DOMICILIARIA, servicios estos que Coomeva EP, argumenta que ya los autorizo pero no los entrega porque la usuaria se encuentra en estado retirado, es decir, no está como cotizante o beneficiaria, hecho este que no se ajusta a la realidad por razones este Despacho Judicial consulto el ADRES, el 13 de julio de 2020, y MARIA VIECCO, aparece como beneficiaria en COOMEVA EPS.

Con la relación a los copagos la accionante madre de la agenciada indica que no tiene los recursos económicos para sufragar los copagos generados por la atención médica de su hija; no obstante, el hecho 04 de libelo de tutela la actora manifiesta que el único que trabaja es compañero sentimental y además de ello, actualmente se encuentra MARIA CAMILA VIECCO MEJIA, en calidad de beneficiaria, es decir, en el régimen contributivo.

Igualmente, en el hecho sexto la actora indica que el salario de su esposo solo alcanza el salario mínimo, es decir, dice así **Debido a todas las patologías presentadas por mi hija, la carga económica ha aumentado y nos encontramos en situación de insolvencia, ya que además de los gastos de comida, servicios, transportes, además, se suman los gastos médicos de su hija MARIA CAMILA VIECCO MEJIA, donde los copagos son de montos exorbitantes para la situación económica familiar, tal Como**

---

<sup>1</sup> Sentencia T - 016 de 2017.

consta en los recibos de copagos relacionados en las pruebas, debo esbozar que la EPS COOMEVA, nos ha manifestado de manera verbal que si no se cancelan los COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS, retira el servicio de home care que es VITAL, para la recuperación de su hija, y que además de eso depende su progreso y sus condiciones de vida digna. Igualmente es preciso resaltar que si bien nos encuentran en el régimen contributivo, lo cierto es que los ingresos apenas alcanzan el salario mínimo mensual, razón por la cual se nos hace imposible costear todos los requerimientos de salud que presenta el diagnóstico de mi hija"

De acuerdo a lo anterior, la incapacidad financiera alegada por la actora quedo huérfana probatoriamente por parte de la entidad accionada, puesto que no obra dentro del presente juicio constitucional prueba sumaria alguna que indique lo contrario a lo alegado por la accionante, por ende, la EPS, tenía la carga de desvirtuar la falta de recursos y justificar los copagos tan altos y demostrar el ingreso base de cotización del esposo de la tutelante, sin embargo, ello no fue así, sino que guardo silencio frente esa pretensión.

Así entonces, no habiendo acreditado el ingreso base de cotización o el salario devengado por el cotizante, quedando probado tal afirmación, y partiendo de la base que el Salario Mínimo Legal Mensual vigente, alcanza para saciar solamente las necesidades básicas y teniendo en cuenta los copagos altos cobrados por la entidad tutelada, es dable que se disponga la exoneración del 100% de copagos en la atenciones de salud de MARIA VIECCO.

No está de menos resaltar que la agenciada tiene diagnosticado TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO SEVERO, TRAUMATISMOS NO ESPECIFICADO Y HIPERTENSIÓN, por ende, valorando el historial clínico se percibe que tiene un cuadro de atenciones especiales con base el diagnóstico referido, esto es, por las afectaciones en su salud debe recibir de un tratamiento prolongado hasta su recuperación integral, situación está que observando el valor de los copagos que entre unos de ellos percibidos llega a la suma de \$251.000 pesos, valor este exorbitante e irrazonable frente a los ingresos devengados por el padre de la agenciada y además de ello, se percibe que las atenciones de salud son recurrente y colocarle ese carga administrativa a la agenciada, creándose una barrera para acceder a los servicios de salud y eventualmente ocasionarle un perjuicio irremediable.

Ahora bien, la jurisprudencia establece que el cobro de copagos es una manera de sostener el Sistema Integral de Salud, por ende, se establecido que todo servicio de salud debe cancelar un copago como contribución para sostener el sistema de salud, sin embargo, la Corte Constitucional ha sostenido que existe excepciones para su exoneración, estableciendo lo siguiente: "De otro lado, con el objetivo de evitar que el cobro de copagos se convierta en una barrera para la garantía del derecho a la salud, esta Corporación ha considerado que hay lugar a la exoneración del cobro de los pagos moderadores, en los casos en los cuales se acredite la afectación o amenaza de algún derecho fundamental, a causa de que el afectado no cuente con los recursos para sufragar los citados costos. Particularmente, la jurisprudencia constitucional ha establecido dos reglas que el operador judicial debe tener en cuenta para eximir del cobro de estas cuotas: (i) cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de la cuota moderadora, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a éste, asumiendo el 100% del valor; (ii) cuando una persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad económica para asumirlo, pero tiene problemas para hacer la erogación correspondiente de forma oportuna, la entidad encargada de la prestación deberá brindar oportunidades y formas de financiamiento de la cuota moderadora, con la posibilidad de exigir garantías, a fin de evitar

**que la falta de disponibilidad inmediata de recursos se convierta en un obstáculo para acceder a la prestación del servicio"** En este orden de ideas, es procedente que el operador judicial exima del pago de copagos y cuotas moderadoras cuando: (i) una persona necesite un servicio médico y carezca de la capacidad económica para asumir el valor de la cuota moderadora, caso en el cual la entidad encargada deberá asegurar al paciente la atención en salud y asumir el 100% del valor correspondiente; (ii) el paciente requiera un servicio médico y tenga la capacidad económica para asumirlo, pero se halle en dificultad de hacer la erogación correspondiente antes de que éste sea prestado. En tal supuesto, la EPS deberá garantizar la atención y brindar oportunidades y formas de pago de la cuota moderadora; y (iii) una persona haya sido diagnosticada con una enfermedad de alto costo o esté sometida a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas, casos en los cuales se encuentra legalmente eximida del cubrimiento de la erogación económica"

En ese orden de ideas, se percibe de las pruebas aportadas que los copagos en algunos servicios de salud tienen un valor alto, hecho este que conllevó al juez de primera instancia a ordenar a Coomeva EPS, a rebajar los copagos hasta el 50% del valor del mismo, puesto que COOMEVA EPS, tampoco desvirtuó la incapacidad financiera del accionante, sino que se limitó a manifestar que la usuaria se encuentra retirada.

Así las cosas, la agenciada así como lo puntualizó el juez fallador tiene unas prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas derivadas del accidente de tránsito que sufrió y no habiendo desvirtuado la EPS accionada la incapacidad económica alegada, es dable que para este juez de tutela observando los diferentes valores de los copagos que oscilan entre \$251.900, 62.900, 61.900, 27.700, 237.650, 45.300, 27.700 y 61.900 pesos, valores estos exorbitante frente a los ingresos percibidos por el cotizante, sin que tenga apoyo o solidaridad de la familia, por lo tanto, es dable modificar el numeral segundo de la parte resolutive de la sentencia impugnada, ordenando a la EPS COOMEVA la exoneración del 100% de los copagos en la atenciones en salud por causa de la patología TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO SEVERO.

Con relación a los servicios de salud citas con los especialistas Neurología y Psiquiatría no existe prueba de orden médica para remisión para dichos especialistas, pues es dable probar que la afectación a tal derecho constitucional se está conculcado por lo menos la parte quien lo alega debe acreditarlo sumariamente, hecho este que no fue así, pues tales ordenes deben estar ordenadas por el médico tratante para que la EPS COOMEVA la autorice y con respecto a la y la entrega de los medicamentos NEUROBASAL-PIRACETAM de 800 MG del Laboratorio Incobra y COMPLEGEL NF-citicolina 250MG por 30 tabletas, sucede lo mismo, no tienen soporte médico dentro del presente juicio constitucional, además de ello, deben de tener el MIPRES.

Así mismo, se ha establecido cuando el médico tratante ordene un servicio de salud que no se encuentre en el Plan de Beneficios de Salud, el galeno debe justificar dicha orden diligenciando el formulario MIPRES, así lo establecen las resoluciones antes citadas y lo ha reiterado la Corte Constitucional de la siguiente manera:

Según el artículo 11 de la Resolución 3951 de 2016, el profesional de la salud que prescriba algún servicio o tecnología complementaria deberá consultar en cada caso particular la pertinencia de su utilización a la Junta de Profesionales de la Salud que se constituya con este propósito. La prescripción de este tipo de insumos debe hacerse conforme a las reglas que establecen los artículos 5° y 11 de las Resoluciones 3951 de 2016 y 1885 de 2018 y que se resumen a continuación:

**(i)** El profesional de la salud prescribirá el servicio o tecnología complementaria únicamente a través del aplicativo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social que corresponde a un mecanismo automatizado en el que se reportan los servicios o tecnologías en salud prescritos que no se encuentren cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

**(ii)** Para todos los efectos, la prescripción efectuada en el aplicativo es equivalente a la orden y/o fórmula médica.

**(iii)** El concepto de la Junta de Profesionales de la salud sobre la pertinencia de la utilización del servicio o tecnología complementaria será registrado en el aplicativo por la Institución Prestadora de Salud (IPS).

**(iv)** En aquellos casos en que la prescripción de servicios o tecnologías complementarias la realiza un profesional de la salud de una IPS que no cuenta con Juntas de Profesionales de la Salud o un profesional de la salud independiente, la entidad encargada del afiliado solicitará el concepto de una Junta de Profesionales de la Salud de su red de prestadores.

Este procedimiento de prescripción de servicios o tecnologías complementarias busca evitar que se trasladen a los usuarios las demoras en el suministro de estos insumos, pues a diferencia del procedimiento anterior, primero se ordena la entrega del insumo a través del aplicativo virtual creado para tal efecto ("MIPRES"), y con posterioridad se realiza el recobro a que haya lugar"

Así entonces, las ordenes médicas no tienen el formato MIPRES, por lo tanto, el médico tratante debió de justificar el servicio de salud para evitar demoras y dilataciones ante la entidad accionada, por cuanto, el formato tiene la validez como si fuera la orden médica; por ende, no se puede pasar alto los procedimientos legales y jurisprudenciales establecidos para tal fin, ni tampoco se observa en la orden médica alguna justificación por parte del galeno tratante donde haya dejado consignado las razones por las cuales no pudo generar el MIPRES, pues, teniendo en cuenta la Resolución citada es un procedimiento que no se puede obviar, dado a que el mismo está creado es para ese tipo de servicios y/o tecnologías no enlistadas en el Plan de Beneficios de Salud.

De acuerdo a lo anterior, el hecho que no tenga el Mipres para este juez de tutela teniendo en cuenta las condiciones de salud de la agenciada, es dable ampliar ese grado de protección a los derechos constitucionales como es la salud y a la vida, en aras de evitar un perjuicio mayores dable ordenar a COOMEVA EPS, que en el término de 48 horas contadas a la notificación del presente fallo de tutela, proceda autorizar nuevamente una valoración de la paciente MARIA CAMILA VIECCO MEJIA, por los médicos adscritos a su red prestadora de salud, a fin de que determine la pertinencia en de la remisión para los especialistas Neurología y Psiquiatría, y los medicamentos NEUROBASAL-PIRACETAM de 800 MG del Laboratorio Incobra y COMPLEGEL NF-citicolina 250MG por 30 tabletas, en caso positivo de ser

procedente, se surta el procedimiento establecido, por lo que deben ser autorizados o reportados a la plataforma MIPRES, para su efectiva realización.

En consecuencia, se ordena a COOMEVA EPS, que en caso de ser procedente la citas con los especialistas y la prescripción de los medicamentos a MARIA CAMILA VIECCO MEJIA, por el médico tratante, una vez surtido el trámite, proceda en el término de 48 horas subsiguientes a emitir las autorizaciones y garantizar todo lo necesario para su efectiva realización, de conformidad con las prescripciones emitidas por el médico tratante.

Sin más elucubraciones, se procede a modificar el numeral segundo de la parte resolutive de la sentencia adiada 09 de marzo de 2020, proferida por el Juzgado Quinto Civil Municipal de Oralidad de Valledupar, Cesar, en el punto de ordenar a COOMEVA EPS, exonere del 100% de los copagos en atenciones en salud a MARIA CAMILA VIECCO MEJIA, en las patologías TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO SEVERO.

Finalmente, resulta pertinente destacar que para el recobro -cuando hay lugar a él, existe un trámite de orden administrativo, por lo que no es obligatorio para el juez de tutela ordenarlo en la sentencia que concede el amparo<sup>2</sup>. De manera que, este mecanismo de protección constitucional no tiene por fin obviar el trámite legal administrativo de cobro que deben hacer las EPS y EPSS, a la Secretaría de Salud Departamental, ni al Fosyga y/o ADRES cuando tengan derecho a éste, empero no es del resorte del fallador constitucional disponerlo así en la resolución del caso.

En razón y mérito de lo anteriormente expuesto, El Juzgado Segundo Civil del Circuito de Valledupar administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

#### **R E S U E L V E:**

**PRIMERO:** MODIFICAR el numeral segundo de la parte resolutive de la sentencia adiada 09 de marzo de 2020, proferida por el Juzgado Quinto Civil Municipal de Oralidad de Valledupar, Cesar, en el punto de ordenar a COOMEVA EPS, exonere del 100% de los copagos en los servicios de salud autorizados a MARIA CAMILA VIECCO MEJIA, por causa a las patologías TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO SEVERO Y/O TRAUMATISMOS MÚLTIPLES NO ESPECIFICADO, por las motivaciones antes expuestas.

**SEGUNDO:** ORDENAR a COOMEVA EPS, que en el término de 48 horas contadas a la notificación del presente fallo de tutela, proceda autorizar nuevamente un valoración de la paciente MARIA CAMILA VIECCO MEJIA, por los médicos adscritos a su red prestadora de salud, a fin que determine la pertinencia de la remisión para los especialistas en Neurología y Psiquiatría, y autorización y entrega de los medicamentos NEUROBASAL-PIRACETAM de 800 MG del Laboratorio Incobra y COMPLEGEL NF-citicolina 250MG por 30 tabletas a MARIA

---

<sup>2</sup>Corte Constitucional Sentencia T-760 de 2008.

CAMILA VIECCO MEJIA, en caso positivo de ser procedente, se surta el procedimiento establecido, por lo que deben ser autorizados o reportados a la plataforma MIPRES en caso que no se encuentre dentro del PBS, para su efectiva realización.

En consecuencia, se ordena a COOMEVA EPS, que en caso de ser procedente la citas con los especialistas y la prescripción de los medicamentos a MARIA CAMILA VIECCO MEJIA, por el médico tratante, una vez surtido el trámite, proceda en el término de 48 horas subsiguientes a emitir las autorizaciones y garantizar todo lo necesario para su efectiva realización, de conformidad con las prescripciones emitidas por el médico tratante. Por lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

**TERCERO: NOTIFÍQUESE** a las partes de esta providencia por el medio más expedito.

**CUARTO:** En consecuencia, envíese el expediente a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Firmado en su original  
GERMÁN DAZA ARIZA  
Juez.