JUZGADO TRECE CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD

Medellín, diecisiete (17) de marzo de dos mil veintidós (2022)

Radicado:	05001 40 03 013 **2022-00253** 00
Procedimiento:	**Acción de tutela**
Accionante	**José Elkin Álvarez Torres**
Accionado	**Savia Salud EPS**
Vinculados	**Departamento de Antioquia- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia** **Municipio de Medellín-Departamento Administrativo de Planeación y Departamento Nacional de Planeación**
Tema:	Del derecho fundamental a la salud
Sentencia	General: 077 Especial: 074
Decisión:	Concede amparo constitucional

Se procede a resolver la acción de tutela del trámite de la referencia.

I. ANTECEDENTES

1.1. Manifestó el accionante, que se encuentra afiliado a Savia Salud E.P.S., que cuenta con 70 años de edad, que no labora, ni tiene pensión.

Aduce que padece de "*TRANSTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS CON RADICULOPATIA",* para lo cual, requiere del procedimiento *"GANGLIOLISIS EN GANGLIOS SIMPÁTICOS POR RADIOFRECUENCIA O FENOLIZACION",* expidiéndose por parte del Hospital La María la orden del mismo, no obstante, le informan que debe cancelar un copago de $475.500, pero no cuenta con la capacidad económica para asumir dicho costo.

Por todo lo anterior, solicita la exoneración de los copagos respecto al servicio denominado "*GANGLIOLISIS EN GANGLIOS SIMPÁTICOS POR RADIOFRECUENCIA O FENOLIZACION"*, en tanto que la falta de pago del

copago no puede convertirse en una barrera administrativa para acceder al servicio de salud.

1.2. La acción de tutela fue admitida el 07 de marzo de 2022, contra la **EPS Savia Salud** y se dispuso la vinculación por pasiva al **Departamento de Antioquia- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social, Municipio de Medellín-Departamento Administrativo Planeación** y el **Departamento Nacional de Planeación** para lo cual se les concedió el término de dos (02) días para que se pronunciara sobre los fundamentos de hecho y de derecho expuestos.

1.3. Municipio de Medellín-Departamento Administrativo de Planeación, se pronunció sobre los hechos de la acción de tutela, indicando que no le corresponde, validar, clasificar, ni certificar, pues dicha función y competencia está en cabeza exclusivamente del Departamento Nacional de Planeación-DNP-, y es importante mencionar que la realización de la encuesta y/o actualizaciones de información, no garantiza que la clasificación obtenida sea la requerida para obtener los beneficios o subsidios de determinado programa social, máxime que cada entidad es responsable de realizar el gasto social, sin que corresponda al Sisbén, inscribir, afiliar alguna persona en ningún Programa Social.

Respecto a los hechos de la acciona de tutela, expresa que el accionante **José Elkin Álvarez Torres**, identificado con C.C. 70.042.586, se encuentra registrado en la base de datos del Sisbén del Municipio de Medellín, en la ficha Nº 05001092597500000267, con una clasificación de grupo C 12 (Vulnerable). Ahora bien, los datos que reportan en la base de datos del Sisbén son aquellos que son entregados por el ciudadano bajo la gravedad de juramento y que los mismos son reflejo de las actuaciones y la información que entreguen al Sisbén.

Expone que, para el día el día 08 de marzo de 2022, se establece comunicación con el José Elkin Álvarez Torres, al abonado telefónico 3116444740; quien manifestó que reside en el Municipio de Medellín, así mismo, se le brindó información y orientación, indicando que se encuentra en la base de datos del Sisbén certificado en la Versión IV, con una

clasificación de grupo C 12 (Vulnerable), producto de la encuesta aplicada el día 9 de septiembre de 2019.

Asimismo, se le indica que el resultado obtenido en la encuesta no se asigna, ni puede variarse a la voluntad del DNP, siendo probable que, con una nueva encuesta, solo cambie las condiciones socioeconómicas del encuestado han tenido un cambio real en el tiempo, se le informa además que, en el evento que desee actualizar la información registrada en el Sisbén de Medellín en su IV versión, podrá acercarse a uno de los puntos de atención a la ciudadanía, que actualmente se encuentran habilitados y gestionar una solicitud de nueva encuesta en la actual dirección de residencia.

Finalmente indicó que respecto a los hechos expuestos, no se evidencia una vulneración de los derechos fundamentales del actor, pues cumplió cabalmente con las funciones que tiene a su cargo, que para el caso que nos ocupa, aplicó la encuesta al señor JOSE ELKIN ALVAREZ TORRES y su grupo familiar; se encuentran en la base de datos del Sisbén Versión IV, en la ficha N° 05001092597500000267 y el resultado podrá ser consultado en la página oficial del Departamento Nacional de Planeación, www.sisben.gov.co, con una clasificación de grupo C 12.

Por lo anterior, solicita la exoneración y desvinculación del Departamento Administrativo de Planeación, Subdirección de Prospectiva, Información y Evaluación Estratégica del Municipio de Medellín de cualquier responsabilidad respecto a la vulneración o amenaza de los Derechos Fundamentales, de los cuales es titular el señor JOSE ELKIN ALVAREZ TORRES, por no ser competencia funcional de esta entidad la clasificación y certificación del Sisbén, ni a temas relacionados a los programas sociales, entre ellos el régimen subsidiado en salud, y no ha incurrido en ninguna dilación u omisión referente a las peticiones del accionante.

1.4. Departamento Nacional de Planeación, por intermedio de la abogada **Cielo Marcela Padro Ortiz,** en su calidad de apoderada judicial, manifestó que una vez validada la información del accionante, se encuentra que este se encuentra clasificado en el grupo C-12-

VULNERABLE, respecto a los puntos de corte para acceder a un programa social, no es el DNP, quien determina o establece los criterios de entrada o salida de un programa del Gobierno Nacional cuyo proceso de focalización lo determina cada entidad nacional o territorial que tenga a su cargo su administración.

En materia municipal son las propias entidades territoriales las que definen los criterios de acceso a los programas sociales que ofrezcan, por ende, si la población que aspire ingresar a determinado programa, además de contar con la encuesta del Sisbén y tener determinado puntaje, debe cumplir con los requisitos adicionales que establezca el municipio, no siendo el DNP responsable de determinar los puntajes de acceso a los programas o permanencia en los mismos. Expresa además que, el Sisbén, no es una EPS, No es el Régimen Subsidiado en Salud, no presta servicios médicos. Por tanto, no es dable, acceder a las pretensiones del accionante.

Sostiene que respecto a la estructura del Sisbén dejaron de existir 3 base de datos (base de datos bruta municipal, bruta nacional y certificada nacional), por lo que solo se cuenta con una única base de datos, lo que permite una actualización continua y constante de la información, centralizándola en una sola base de datos que reporten los hogares y registros administrativos, permitiendo brindar una respuesta más rápida, oportuna y eficiente al ciudadano.

Manifiesta que se efectúo una nueva clasificación del Sisbén IV, en el cual, se encuentran cuatro grupos y subgrupos formados por una letra y un número, que se diferencia de su mayor o menor capacidad de generación de ingresos, de esta manera, el grupo A se encuentra conformado por la población de menor capacidad de generación de ingresos o población en pobreza extrema y clasificado en cinco subgrupos que van de la A1-A5, del grupo B compuestos por hogares pobres, pero con mayor capacidad de generar ingresos que los del grupo A, compuesto el grupo B por 7 subgrupos del B1-B7, el grupo C constituido por 18 subgrupos que van de la C1-C18, por población en riesgo de caer en pobreza (población vulnerable), D conformado por población no pobre, ni vulnerable, conformado por 21 subgrupos que van del D1-D21.

Por lo expuesto, manifiesta que se debe solicitar la Desvinculación Del Departamento Nacional De Planeación de la presente acción, sin ninguna clase de condena en su contra, pues queda ampliamente demostrado que no es responsable de la violación de ningún derecho fundamental.

1.5. Savia Salud E.P.S., a través de la apoderada judicial, dentro en el término de traslado, se pronunció frente a los hechos de la presente acción de tutela y manifestó que, **José Elkin Álvarez Torres**, identificado con C.C. 70.0425.586, es beneficiario del régimen subsidiado en salud de la E.P.S. Savia Salud, en el Nivel II, según los soportes clínicos padece de los diagnósticos de "*M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA".*

En cuanto a la exoneración de los copagos, se opone, en tanto que para el presente evento, se carece de sustento, toda vez que no se evidencia una real afectación negativa a los derechos fundamentales a la salud, y menos se ha interrumpido el tratamiento del paciente, como tampoco se observan barreras de acceso a los servicios médicos, arguye además que, según la encuesta del Sisben, el usuario pertenece al grupo C12 clasificada como vulnerable, frente a este panorama se trata de una persona clasificada en el nivel II del Sisben, es evidente que no se encuentra en condiciones de precariedad y por lo tanto deberá probarse esa debida carencia de recursos económicos, correspondiéndole el pago del 10 % del valor total de cada servicio que hace parte del PBS, teniendo un tope máximo de medio salario mínimo legal mensual, dado que para el presente evento la persona se encuentra clasificada en el nivel II del Sisben la misma no cumple con los criterios para exoneración según el Acuerdo 206 de 2004 y menos por no ser un tratamiento de alto.

En materia de exoneración de la obligación de realizar los pagos compartidos cuotas moderadoras y cuotas de recuperación a un afiliado, se han trazado unas reglas probatorias específicas para establecer la capacidad económica de los pacientes que aducen no tenerla, pues si bien, es cierto, se ha establecido que las EPS siempre cuenta con información acerca de la condición económica de la persona, lo que le permite inferir si

puede o no cubrir el costo, verificar la existencia de los medios para soportar la carga económica, con los anexos de la tutela no se aportaron medios de prueba que permitan evidenciar condiciones económicas precarias, contrario a ello, se puede, colegir que conforme a la encuesta del SISBEN, denota una capacidad de pago por estar clasificado en el nivel II y se establece si las personas tienen la necesidad de ser exoneradas.

Por todo lo anterior, solicita declarar la improcedencia de la presente acción de tutela, por carencia de objeto, debido a que el usuario se encuentra clasificado en el NIVEL II del SISBEN, por lo que le corresponde pagar el 10% del valor de cada servicio por concepto de copagos, frente al caso en mención, toda vez que al tratarse de una persona clasificada en el Nivel II del Sisben, no cumple con los requisitos para exoneración y menos el diagnóstico del accionante se trata de una enfermedad de alto costo.

1.4. Departamento de Antioquia- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social, a pesar de haber sido notificada, no se pronunció sobre los hechos y pretensiones de la acción de tutela, para lo cual, se dará aplicación al artículo 20 del Decreto 2591 de 1991.

II. COMPETENCIA.

De conformidad con lo establecido en el artículo 86 de la Constitución Política de Colombia y el Decreto 2591 de 1991, artículo 32, es competente este Despacho para conocer y decidir respecto de la solicitud de tutela impetrada

III. PROBLEMA JURÍDICO.

Corresponde a esta Dependencia determinar si la accionada, está vulnerando los derechos fundamentales alegados por el afectado, al no acceder a la exoneración de los copagos para la realización del procedimiento médico denominado *"GANGLIOLISIS EN GANGLIOS SIMPÁTICOS POR RADIOFRECUENCIA O FENOLIZACION"*, debido a la falta de recursos económicos.

IV. CONSIDERACIONES

4.1. DE LA ACCIÓN DE TUTELA

La acción de tutela de linaje constitucional, está instituida única y exclusivamente para la protección de los Derechos Constitucionales Fundamentales de todas las personas del Estado cuando éstos resulten vulnerados por la acción u omisión de una autoridad que los desconozca.

4.2. DE LA LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA (ACTIVA – PASIVA) EN LA ACCIÓN DE TUTELA.

De conformidad con el artículo 86 de la Constitución Política "*Toda Persona"* puede recurrir a la acción de tutela "*para reclamar ante los jueces, en todo momento y* ***lugar****, mediante un procedimiento preferente y sumario,* ***por sí misma o por quien actúe a su nombre,*** *la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública".*

Conforme lo anterior, la acción de tutela puede ser ejercida por toda persona que considere que le están vulnerando sus derechos constitucionales fundamentales sea nacional o extranjera, natural o jurídica, ciudadano o no, que se halle en el territorio colombiano o se encuentre por fuera y la autoridad o particular que vulneró los derechos fundamentales se encuentre en Colombia. Así pues, puede ser ejercida directamente o por quien actúe a su nombre, bien sea por medio de (i) un representante legal en el caso de los menores de edad, las personas jurídicas, los incapaces absolutos y los interdictos; (ii) mediante apoderado judicial; y (iii) por agencia oficiosa. En estos tres últimos casos se debe probar la legitimación en la causa por activa.

Como ya se expresó, por mandato constitucional se faculta a todo ciudadano para que en su propio nombre instaure acción de tutela ante una autoridad judicial con el fin de hacer valer sus derechos

fundamentales cuando los considere vulnerados o amenazados; dentro del presente caso, el señor **José Elkin Álvarez Torres** por lo que se encuentra legitimado en la causa por **activa.**

Se tiene además la legitimación en la causa por pasiva de la accionada **E.P.S. Savia Salud** y a las entidades vinculadas toda vez que es la entidad a la cual se le endilga la "presunta" vulneración de los derechos fundamentales esgrimidos por la accionante.

4.3. DERECHO A LA SALUD.

Frente al particular, la Corte Constitucional en reiterados pronunciamientos ha expresado que "*El artículo 49 de la Constitución, modificado por el Acto Legislativo 02 de 2009, consagra el derecho a la salud y establece que "la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud"*

A saber, en la sentencia T 196 de 2018 la alta corporación estableció lo siguiente:

"Es preciso señalar que la referida Ley Estatutaria 1751 de 2015[1] fue objeto de control constitucional por parte de esta Corporación que mediante la sentencia C-313 de 2014 precisó que "la estimación del derecho fundamental ha de pasar necesariamente por el respeto al ya citado principio de la dignidad humana, entendida esta en su triple dimensión como principio fundante del ordenamiento, principio constitucional e incluso como derecho fundamental autónomo. Una concepción de derecho fundamental que no reconozca tales dimensiones, no puede ser de recibo en el ordenamiento jurídico colombiano". Bajo la misma línea, la Corte resaltó que el carácter autónomo del derecho a la salud permite que se pueda acudir a la acción de tutela para su protección sin hacer uso de la figura de la conexidad y que la irrenunciabilidad de la garantía "pretende constituirse en una garantía de cumplimiento de lo mandado por el constituyente"

[1] "*Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones".*

En suma, tanto la jurisprudencia constitucional como el legislador estatutario han definido el rango fundamental del derecho a la salud y, en consecuencia, han reconocido que el mismo puede ser invocado vía acción de tutela cuando resultare amenazado o vulnerado, situación en la cual, los jueces constitucionales pueden hacer efectiva su protección y restablecer los derechos conculcados.

Ello permite reconocer el carácter fundamental del derecho a la salud, entendido este como un concepto amplio que busca materializar la dignidad humana de las personas.

4.4. PRINCIPIO DE CONTINUIDAD EN EL SERVICIO DE SALUD.

Al respecto, la Corte Constitucional en sentencia T-405 de 2017, lo siguiente:

"(…) el principio de continuidad fue consagrado inicialmente en la Ley 1122 de 2007 y desarrollado en el artículo 6º (lit. d) de la Ley 1751 de 2015 que establece que "las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas". De tal forma, lo ha aplicado este Tribunal bajo el entendido que conlleva la ejecución de los procedimientos de forma ininterrumpida, constante y permanente, sin que sea aceptable su suspensión sin una justificación constitucional pertinente. En la Sentencia T-760 de 2008 se expuso:

"Se garantiza pues, que el servicio de salud no sea interrumpido, súbitamente, antes de la recuperación o estabilización del paciente. Para la jurisprudencia "(…) puede hacerse la distinción entre la relación jurídica-material, esto es la prestación del servicio que se materializa en una obligación de medio o de resultado según el caso, y la relación jurídica-formal, que se establece entre la institución y los usuarios." Una institución encargada de prestar el servicio de salud, puede terminar la relación jurídico– formal con el paciente de acuerdo con las normas correspondientes, pero ello no implica que pueda dar por terminada inmediatamente la relación

jurídica– material, en especial si a la persona se le está garantizando el acceso a un servicio de salud."

En cuanto a este principio la Corte, en Sentencia C-800 de 2003, estableció cuáles son los eventos constitucionalmente aceptables en relación a la determinación de interrumpir inesperadamente el servicio por parte de las EPS:

"Por otra parte, también se ha ido precisando en cada caso, si los motivos en los que la EPS ha fundado su decisión de interrumpir el servicio son constitucionalmente aceptables. Así, la jurisprudencia, al fallar casos concretos, ha decidido que una EPS no puede suspender un tratamiento o un medicamento necesario para salvaguardar la vida y la integridad de un paciente, invocando, entre otras, las siguientes razones:

- *(i) porque la persona encargada de hacer los aportes dejó de pagarlos;*
- *(ii) porque el paciente ya no está inscrito en la EPS correspondiente, en razón a que fue desvinculado de su lugar de trabajo;*
- *(iii) porque la persona perdió la calidad que lo hacía beneficiario;*
- *(iv) porque la EPS considera que la persona nunca reunió los requisitos para haber sido inscrita, a pesar de ya haberla afiliado;*
- *(v) porque el afiliado se acaba de trasladar de otra EPS y su empleador no ha hecho aún aportes a la nueva entidad; o*
- *(vi) porque se trata de un servicio específico que no se había prestado antes al paciente, pero que hace parte integral de un tratamiento que se le viene prestando."*

Así las cosas, la jurisprudencia ha reconocido cuatro eventos constitucionalmente admisibles para la suspensión del servicio, pero al mismo tiempo ha conferido especial trascendencia al principio de continuidad en salud y a la obligación que tienen las entidades encargadas de materializarlo. Por tanto, les ha vedado la posibilidad de suspender súbitamente la atención habiéndose iniciado los tratamientos o administrado los medicamentos, si como efecto de esta interrupción se vulneran o amenazan derechos fundamentales. Por tal motivo se ha exigido

a la institución continuar con la prestación médica hasta tanto el paciente supere la enfermedad o hasta que otra IPS asuma su atención.

4.5. EXONERACIÓN DE COPAGOS, CUOTAS MODERADORAS Y CUOTAS DE RECUPERACIÓN POR AUSENCIA DE CAPACIDAD ECONÓMICA.

Existen tres tipos de cobros que en el Sistema de Salud creado por la Ley 100 de 1993. Los "*copagos son los aportes realizados únicamente por los beneficiarios para cubrir una parte del servicio prestado y tienen el propósito de financiar el sistema de salud (ibídem); en cambio las cuotas de recuperación, son los valores que deben pagar la población pobre en la prestación de los servicios de salud que no se encuentren cubiertos por el subsidio a la demanda, según como se establezca en el contrato de prestación de servicios de salud que para el evento suscriba el ente territorial con la institución prestadora de servicios y en lo excluido en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (artículo 18 del Decreto 2357 de 1995). Vale decir que, los copagos se cancelan tanto en régimen contributivo como en el subsidiado directamente a la empresa promotora del servicio de salud; mientras las cuotas de recuperación las pagaran los usuarios del régimen subsidiado a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de la red pública, o las IPS privadas que tengan contrato con el Estado"*. Finalmente, las cuotas moderadoras son aportes realizados por los beneficiarios y cotizantes afiliados al sistema y tienen la virtualidad de financiarlo.

Esta tesis fue reiterada en distintas sentencias. Por ejemplo, la Sentencia T-563 de 2010, dijo que *"cuando una persona no tiene los recursos económicos para cancelar el monto de dichas cuotas, la exigencia de las mismas limita su acceso a los servicios de salud y, en el caso en que éstos se requieran con urgencia, se pueden ver afectados algunos derechos fundamentales, los cuales deben ser protegidos teniendo en cuenta su primacía frente a cualquier otro tipo de derecho"*. Aun así, *"es claro que si bien el sistema se fundamenta en el principio de solidaridad (…) también es cierto que se aplica el principio de equidad y si el cobro de los mismos afecta la salud, el mínimo vital y la vida digna de los usuarios, se deben dejar de*

aplicar las normas que permiten dichos recaudos, con el fin de salvaguardar derechos superiores".

En consecuencia, si bien por regla general el afiliado debe sufragar con los gastos relativos al servicio médico que necesita, excepcionalmente, la Corte ha entendido que es posible exonerarlo del pago de estos. Esta hipótesis se da principalmente cuando la persona no cuenta con la capacidad económica para asumir esos gastos. En todo caso, no es al paciente a quien le corresponde probar esta situación.

En ese sentido, la Corte ha establecido que la carga de la prueba se invierte cuando se trata de demostrar la capacidad económica en materia de Salud. Este Tribunal ha considerado que las EPS siempre cuentan con información acerca de las posibilidades económicas de la persona, lo cual le permite concluir si puede o no asumir el valor del procedimiento médico. Por tal razón, *"uno de los deberes de las EPS consiste en valorar si, con la información disponible o con la que le solicite al interesado, éste carece de los medios para soportar la carga económica".*

4.6. DETERMINACIÓN DE LA CAPACIDAD ECONÓMICA DEL PACIENTE.

A partir del principio de solidaridad el Estado reguló el Plan Obligatorio de Salud en la Resolución 5521 de 2013 con el fin de garantizar a todos los sectores de la población la prestación de determinados servicios de salud que constituyen el mínimo en la atención de determinadas patologías y afectaciones a la salud y que resultan esenciales para la preservación de la vida, de la salubridad pública y para prevenir, curar o mitigar aquellas patologías que son más comunes entre la población. La Resolución en mención fijó una serie de insumos y servicios a los que tienen derecho los usuarios del Sistema de Seguridad Social.

Si el insumo, tratamiento o servicio está excluido del POS, corresponde al paciente o su familia sufragar su costo, puesto que parte de la presunción que el desembolso de dinero para aquello que no se encuentra en el POS es una carga soportable para el usuario. De ahí que *"eximir a una persona*

con capacidad de pago del deber de pagar los costos razonables del servicio, implica desconocer el principio de solidaridad dado que los recursos escasos del Fosyga terminan asignándose a quien tiene condiciones económicas suficientes en lugar de beneficiar a quienes son pobres o carecen de capacidad económica para asumir el costo de cierto servicio médico".

Esta exigencia resulta desproporcionada cuando el usuario o sus allegados carecen de los recursos para acceder a prestaciones no POS que son imprescindibles para atender la patología o los efectos de la misma y que le permiten padecerla en condiciones acordes con la dignidad humana. Negar el acceso a tales insumos bajo criterios puramente objetivos, referidos exclusivamente a que no se encuentran dentro del listado de aquellos del Plan Obligatorio, haciendo abstracción de las condiciones médicas y económicas del afiliado, vulnera los derechos fundamentales del paciente.

Desde la Sentencia T-683 de 2003, la Corte precisó y fijó las reglas probatorias para demostrar la ausencia de recursos económicos para sufragar una prestación excluida del POS y determinar la procedencia de que el juez ordene el mismo. Estas son:

1. Aunque incumbe al actor probar el supuesto de hecho que permite obtener la consecuencia jurídica que persigue, ante la afirmación de ausencia de recursos económicos por parte del actor (negación indefinida), se invierte la carga de la prueba y debe la entidad demandada demostrar lo contrario.

2. No hay tarifa legal para demostrar la ausencia de recursos económicos, la misma se puede intentar mediante negaciones indefinidas, certificados de ingresos, formularios de afiliación al sistema, extractos bancarios, declaración de renta, balances contables, testimonios, indicios o cualquier otro medio de prueba;

3. El juez de tutela debe ejercer la facultad oficiosa en materia probatoria, con el fin de establecer la verdad real en cada caso, proteger los derechos fundamentales de las personas y garantizar la corrección del manejo de los recursos del sistema de seguridad social en salud, haciendo prevalecer el

principio de solidaridad cuando el peticionario cuenta con recursos económicos que le permitan sufragar el costo de las intervenciones, procedimientos o medicamentos excluidos del POS;

4. Ante la afirmación indefinida del solicitante respecto de la ausencia de recursos económicos, o de afirmaciones semejantes, se presume su buena fe en los términos del artículo 83 de la Constitución, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que le quepa, si se llega a establecer que tal afirmación es falsa o contraria a la realidad;

*5. Se presume la incapacidad económica frente a los registrados en el SISBEN teniendo en cuenta que hacen parte de los sectores más pobres de la población***.**

6*. En los "casos límite" el juez de tutela debe aplicar el principio pro-persona. En tales asuntos existe alguna capacidad económica, pero no es claro si ella es suficiente para cubrir el costo del examen que requiere el paciente para no poner en riesgo su derecho a la salud. La regla implica que el funcionario jurisdiccional adopte la decisión que garantice los derechos fundamentales de los actores, fallo que en salud se materializa en ordenar los servicios hospitalarios y médicos que se requieren.*

4.7. CASO CONCRETO. En el caso bajo análisis, se tiene que el señor **José Elkin Álvarez Torres,** solicita la protección de sus derechos fundamentales, los cuales considera vulnerados por la **E.P.S. Savia Salud**, al realizarle el cobro de los copagos para la realización del procedimiento medico denominado *"GANGLIOLISIS EN GANGLIOS SIMPÁTICOS POR RADIOFRECUENCIA O FENOLIZACION"*, debido a la falta de recursos económicos.

Por su parte el **Municipio de Medellín-Departamento Administrativo de Planeación,** se pronunció sobre los hechos de la acción de tutela, indicando que no le corresponde validar, clasificar, ni certificar, pues dicha función y competencia está en cabeza exclusivamente del Departamento Nacional de Planeación-DNP-, que la realización de la encuesta y/o actualizaciones de información, no garantiza que la clasificación obtenida

sea la requerida para obtener los beneficios o subsidios de determinado programa social, máxime que cada entidad, es la encargada de inscribir y afiliar a las persona en el Programa Social.

Respecto a los hechos de la acción de tutela, expresa que el accionante **José Elkin Álvarez Torres**, identificado con C.C. 70.042.586, se encuentra registrado en la base de datos del Sisbén del municipio de Medellín, en la ficha Nº 05001092597500000267, con una clasificación de grupo C 12 (Vulnerable). Ahora bien, los datos que reportan en la base de datos del Sisbén son aquellos que son entregados por el ciudadano bajo la gravedad de juramento y que los mismos son el reflejo de las actuaciones y la información que entreguen al Sisbén.

A su turno, el **Departamento Nacional de Planeación**, indicó que una vez validado la información del accionante, se encuentra que está clasificado en el grupo C-12-VULNERABLE, respecto a los puntos de corte para acceder a un programa social expresó que no es el DNP, quien determina o establece los criterios de entrada o salida de un programa del Gobierno Nacional cuyo proceso y focalización lo determina cada entidad nacional o territorial que tenga a su cargo su administración.

En materia municipal son las propias entidades territoriales las que definen los criterios de acceso a los programas sociales que ofrezcan, por ende, si la población que aspire ingresar ha determinado programa, además de contar con la encuesta del Sisbén y tener determinado puntaje, debe cumplir con los requisitos adicionales que establezca el municipio, no siendo el DNP responsable de determinar los puntajes de acceso a los programas o permanencia en los mismos. Expresa además que, el Sisbén, no es una EPS, No es el Régimen Subsidiado en Salud, no presta servicios médicos. Por tanto, no es dable, acceder a las pretensiones del accionante.

Por su parte la **E.P.S. Savia Salud**, se pronunció sobre la exoneración de los copagos, indicando que el usuario según la encuesta del Sisben, pertenece al grupo C12, clasificable como vulnerable, frente a este panorama se trata de una persona clasificada en el nivel II del Sisben, es evidente que no se encuentra en condiciones precariedad y por lo tanto

deberá probarse esa debida carencia de recurso económicos, correspondiéndole entonces el pago del 10 % del valor total de cada servicio que hace parte del PBS, teniendo un tome máximo de medio salario mínimo legal mensual, así entonces, dado que para el presente evento la persona se encuentra clasificada en el nivel II del Sisben la misma no cumple con los criterios para exoneración según el Acuerdo 206 de 2004.

Finalmente, el **Departamento de Antioquia- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social,** a pesar de haber sido notificado, no se pronunció sobre los hechos y pretensiones de la acción de tutela, para lo cual, se dará aplicación al artículo 20 del decreto 2591 de 1991.

Ahora bien, en lo que respecta a los copagos o cuotas moderadoras, según fuere el caso, la Corte Constitucional reconoce que no constituyen per se una afectación del derecho fundamental a la salud de los afiliados al sistema, habida cuenta que persiguen como se ha reiterado, la financiación y viabilidad de éste, pero ha sido enfática en que no pueden ser un obstáculo que impida a las personas acceder a los servicios de salud que necesitan con urgencia.

De manera, tal como se indicó en las consideraciones, existen dos eventos en los que la Corte Constitucional, ha considerado que debe prestarse la atención en salud, sin exigirse que previamente el paciente cancele el valor y son cuando el paciente requiere con urgencia un servicio médico determinado y carece de la capacidad económica para asumir el valor del copago.

En el primer evento, ha señalado la Corte que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud, deberá asegurar el acceso del paciente a éste, y asumir el 100% del valor; y en el segundo caso, ha indicado que la misma entidad deberá brindar oportunidades y formas de pago al afectado, para lo cual podrá exigir garantías adecuadas, sin que la falta de pago pueda convertirse en un obstáculo para acceder a la prestación del servicio.

Es decir, ante la ausencia total de recursos del paciente, corresponde a la EPS, asumir el costo total de la prestación del servicio, esto es, no sólo no puede exigir la cancelación del copago para suministrar el servicio en salud requerido por aquél; sino que, además, no podrá cobrárselo con posterioridad.

En el caso sub judice, se colige que el accionante no percibe ingreso alguno, es una persona adulta de 70 años, se encuentra afiliado al régimen subsidiado de salud, presumiéndose entonces que carece de recursos económicos, aunado a ello, manifiesta que no puede sufragar los copagos generados para las atenciones en salud. Ahora bien, respecto a los hechos expuestos por la entidad accionada, el despacho procedió a consultar en la plataforma del Sisben II, observándose que el afectado se encuentra clasificado C12[2], entiéndase este rango como población vulnerable, según la nueva categorización del Sisben, esta clase de población se encuentra en riesgo de caer en pobreza, de esta manera, es claro que a pesar de la categoría en que se encuentra el afectado, conforme la resolución No.1870 de 2021[3], no basta dicha situación, en tanto que corresponde a la E.P.S., desvirtuar la presunción de la carencia de los recursos económicos, situación en que para estos asuntos se invierte la carga de la prueba correspondiendo a la entidad demandada, se reitera, demostrar lo contrario.

Respecto a lo expuesto, según constancia secretarial que antecede, el accionante **José Elkin Álvarez Torres**, informó que su grupo familiar se encuentra conformado por su pareja y él, cuenta con vivienda propia, no obstante, conviven con un hermano de su pareja, una sobrina y su hija, de los cuales, únicamente se encuentra laborando el hermano de su pareja, quien devenga el salario mínimo, asimismo indicó que los únicos ingresos que perciben en el domicilio son los de su pareja y el hermano, quien apenas lleva cuatro semanas laborando, él no recibe ningún ingreso toda vez que no labora, ni se encuentra pensionado.

Frente a ello, se reitera como Savia Salud E.P.S., no desvirtuó la carencia de los recursos económicos por parte del afectado, puesto que únicamente

---

[2] https://www.sisben.gov.co/Paginas/consulta-tu-grupo.aspx
[3] Por la cual se establecen los grupos de corte del Sisbén Metodología IV y se dictan otras disposiciones.

procedió a verificar la clasificación del Sisben en que se encuentra el accionante, olvidando con ello, en este caso, que se trata de una persona adulta, que cuenta con 70 años de edad, está afiliado al régimen subsidiado de Savia Salud E.P.S. y si bien, refiere que, su pareja tiene casa propia, es pensionada, devenga un salario mínimo, en esa vivienda conviven tres (3) personas, de las cuales únicamente laboran dos personas, no puede afirmarse categóricamente que todas las personas contribuyan al sostenimiento o manutención del afectado a excepción de su pareja, en tanto que, para este escenario, tanto el actor, como su pareja son personas, adultos mayores, quienes tienen que subsistir con un salario mínimo, sin que signifique lo anterior, que ellos cuenten con una capacidad económica para sufragar los costos del tratamiento del afectado.

Aunado a lo anterior, si bien, luego de verificar la nueva clasificación del Sisben, se encuentra dentro del grupo de la población vulnerable C-12, al contrastar lo expuesto por el accionante, es claro que carece de recursos económicos, en tanto, que no puede olvidarse que las circunstancias particulares del accionante pueden variar desde el momento en que se realizó la encuesta del Sisbén, para ello, basta con verificar la fecha de realización de la misma, la cual data para el año 9/09/2019[4], por tanto, no puede ser ajeno el Despacho sobre la situación económica y social del país, como también la afectación en el territorio nacional por el Covid19.

Así entonces no puede colegir este Juzgado que por cuanto el accionante se encuentra enlistado dentro del grupo C-12 del Sisben, puede catalogarse como una persona con recursos económicos, pues debió la parte accionada desvirtuar la afirmación del actor y no lo hizo, únicamente se limitó a realizar un cuestionamiento, para que este despacho elevara al actor, cuando bien es sabido que las entidades promotoras de salud, dentro de sus archivos cuentan con la información suficiente para probar la capacidad económica de sus afiliados.

Por ello, ha de presumirse la buena fe del actor al afirmar la carencia de recursos económicos para costear el copago del servicio en salud requerido,

---

[4] Cfr. Archivo 04 del expediente digital

aunado a que por el sólo hecho de estar afiliado al régimen subsidiado en salud ya es suficiente para presumir que hace parte de aquellas personas pertenecientes a los sectores más pobres del país.

Por lo expuesto, siguiendo los lineamientos legales y jurisprudenciales antes dichos, el amparo constitucional deprecado por el accionante está llamado a prosperar a favor de sus intereses, por lo tanto, se ordenará la exoneración del copago y cuotas de recuperación requeridos para la realización del procedimiento ***GANGLIOLISIS EN GANGLIOS SIMPÁTICOS POR RADIOFRECUENCIA O FENOLIZACION".***

Se ordenará la desvinculación del **Municipio de Medellín-Departamento Administrativo de Planeación**, **el Departamento de Antioquia-Secretaría Seccional de Salud y Protección Social y al Departamento Nacional de Planeación,** pues no se denota comportamiento u omisión de su parte que pongan en peligro los derechos fundamentales del actor.

V. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la suscrita **Juez Trece Civil Municipal de Oralidad de Medellín**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por mandato de la Constitución Política,

RESUELVE

Primero: Tutelar los derechos fundamentales a la salud, a la vida, y a la seguridad social del señor **José Elkin Álvarez Torres**, que están siendo vulnerados por la **E.P.S. Savia Salud**

Segundo: Conceder la exoneración de copagos y las cuotas de recuperación del señor **José Elkin Álvarez Torres ,** en lo referente a la patología **"*GANGLIOLISIS EN GANGLIOS SIMPÁTICOS POR RADIOFRECUENCIA O FENOLIZACION".***

Tercero: Desvincular de la presente acción al **Municipio de Medellín-Departamento Administrativo de Planeación**, **el Departamento de**

Antioquia- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social y al Departamento Nacional de Planeación, por lo expuesto en la parte motiva de este proveído

Cuarto: Notificar a las partes la presente providencia e informarles que puede ser impugnada al correo electrónico cmpl13med@cendoj.ramajudicial.gov.co dentro de los tres (3) días siguientes a su notificación; de no ser impugnada dentro de esta oportunidad se remitirá a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión.

NOTIFÍQUESE

PAULA ANDREA SIERRA CARO
JUEZ

PZR

Firmado Por:

Paula Andrea Sierra Caro
Juez
Juzgado Municipal
Civil 013 Oral
Medellin - Antioquia

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:
5ac6d507487421206aec39b524f4cb9db100f3273228d66914fdd00113f6de92
Documento generado en 17/03/2022 11:48:07 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica