



JUZGADO TRECE CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD

Medellín, veintisiete (27) de marzo de dos mil veinte (2020)

Radicado:	05001 40 03 013 2020 00258 00
Procedimiento:	Acción de tutela
Accionante (s):	Deyvin Alberto Grisales Patiño
Afectada	Jeisson Alexander Grisales Patiño
Accionado (s):	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y otros
Tema:	Del derecho fundamental a la salud
Sentencia	General: 081 Especial: 067
Decisión:	Concede amparo constitucional

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

I. ANTECEDENTES

1.1. Deyvin Alberto Grisales Patiño presentó la acción de tutela como agente oficioso de su hermano **Jeisson Alexander Grisales Patiño**, quien tiene 37 años de edad, encuesta del SISBEN en el municipio de Bello, pero sin afiliación a ninguna EPS, toda vez que, su puntaje es de 63.0. Adujo que su agenciado fue operado del Recto Metastásico el 12 de septiembre de 2019 y por dicho procedimiento le hicieron un cobro de \$2.484.348, el que equivalía al tope del valor a cancelar por un año de copago o cuota moderadora.

Indicó que a su hermano el médico tratante le ordenó “*barrera colostomía N° 70 flexible 6 mensuales por 6 meses para un total de 36 unidades, Bolsa de Colostomía N° 70, 6 mensuales por seis meses para un total de 36 unidades y y pinza de colostomía 3 mensuales por 6 meses, para un total de 18 unidades*”, sin embargo, por estos insumos le han venido cobrando copagos, por lo que le solicitaron a la Dirección Seccional de Protección y

Salud de Antioquia y al Hospital La María, no le cobren en adelante los copagos, debido a que el afectado tenía una enfermedad catastrófica y además no cuenta con los recursos económicos para cubrir de manera particular los servicios en salud, los cuales requiere para continuar con el tratamiento médico derivado de su patología.

Por lo expuesto, solicitó se protejan los derechos fundamentales a la Salud, a la Seguridad Social y a la Vida digna de **Jeisson Alexander Grisales Patiño** y en consecuencia, se le ordene a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, le garantice la entrega de los insumos médicos ordenados por el médico tratante, sin que se le exija copagos o cuotas de recuperación, teniendo en cuenta que no cuenta con los recursos económicos. Así mismo solicitó se concediera el tratamiento integral.

1.2. La acción de tutela fue presentada en la Oficina Judicial de Medellín, entregada a este Despacho y admitida el 17 de marzo de 2020, contra la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y se ordenó vincular por pasiva al Municipio de Bello y al Hospital La María, concediéndoles el término de dos (02) días para que se pronunciaran sobre los fundamentos de hecho y de derecho expuestos por el actor. Las accionadas fueron notificadas mediante correos electrónicos.

1.3. El Municipio de Bello, remitió escrito indicando que respecto a la responsabilidad del ente territorial su competencia corresponde únicamente a lo relacionado con las atenciones en entidades prestadoras de servicios de salud dentro de su jurisdicción. Además, solo correrán bajo su cargo los valores que se generen en las atenciones de primer y segundo nivel de complejidad.

Por lo que, dentro del marco de su competencia y atendiendo los niveles de complejidad, la distribución y cumplimiento de las obligaciones conforme al ámbito territorial, de los servicios requeridos y de la determinación de los montos a pagar por parte del usuario corresponde única y exclusivamente a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Precisó el ente que, los servicios requeridos por el afectado son especializados, por lo que también carecen de legitimación en la causa por pasiva, para proceder conforme la distribución de los niveles de complejidad.

Adujo en consecuencia, que el Municipio de Bello, no ha vulnerado derechos fundamentales al usuario, por lo que solicitó, se desvinculara a la entidad de la presente acción de tutela.

Por su parte, la **Secretaría Seccional de Salud de Antioquia – SSSA**-, se pronunció frente a las pretensiones de la tutela, y manifestó que el señor Jeisson Alexander Grisales Patiño, no se encuentra afiliado al régimen contributivo ni al subsidiado en salud, figura como retirado de la EPS Sura, sin embargo, ya le fue aplicado la encuesta del SISBEN, el 1 de junio de 2018, la cual se encuentra validada y certificada por el Departamento Nacional de Planeación y arrojó un puntaje 68.60, por lo tanto, no es un potencial beneficiario del régimen subsidiado de conformidad con la Resolución 3778 de 2011 del Ministerio de Protección Social.

Indicó que en el literal B del artículo 157 de la Ley 100 1993, introdujo el concepto de población vinculada, definiéndola como “aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado, tendrán derecho a los servicios de salud que prestan las instituciones públicas y las privadas que tengan contrato con el estado”.

Conforme a lo anterior, para la población “vincula” su finalidad no es funcionar como un régimen alterno al contributivo o subsidiario, si no como un mecanismo transitorio que permite contar con servicios básicos de salud por lo que, calidad de vinculado en el sistema de seguridad social, no debe prolongarse en el tiempo y la obligación del estado deberá estar regida bajo los principios que consagra el derecho a la salud, esto es, integridad, accesibilidad, aceptabilidad y condición de igualdad y calidad.

Adujó que en la decisión del juzgado se deberá establecer unos parámetros acerca de las gestiones que debe adelantar la parte accionante tendiente a materializar la afiliación ya sea en el régimen contributivo y/o subsidiado

teniendo en cuenta que la afiliación al sistema de seguridad social es obligatoria.

Para tal efecto, es imprescindible la vinculación del municipio de residencia del presunto afectado que a este le corresponde gestionar lo concerniente a la afiliación al PPNA y su respectiva caracterización para determinar a que tipo de asistencia social tiene derecho a acceder de conformidad a su nivel socioeconómico reflejándolo a través de la encuesta SISBEN.

Seguidamente la entidad hizo un recuento normativo respecto de la encuesta del SISBEN, así mismo, refirió que los copagos y las cuotas de recuperación son los dineros que reciben directamente las instituciones prestadoras de servicios en salud (IPS) y a quienes les corresponde presentar alternativas financieras al usuario que atienda sus circunstancias personales y económicas para garantizar el acceso a los servicios de salud, por lo que la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, considera que se debe vincular a la IPS prestadora del servicio, para que justifique desde una perspectiva constitucional su negativa de prestar los servicios, indicando las alternativas financieras que le presentó al paciente a fin de establecer si con su conducta protege o no los derechos a la salud fijados por el ordenamiento legal.

Finalmente refirió la entidad, que ha brindado todos los servicios de salud requeridos por el afectado, ya que, ha sufragado el 70% de los servicios y este al tener un puntaje superior, le corresponde por ley pagar el 30% restante. En consecuencia, solicitó se les desvincule de la presente acción de tutela, ya que se le han autorizado los servicios en salud requeridos. Adicionalmente, requirió se vinculará a la IPS y al municipio de residencia del paciente, a fin de que se le haga nuevamente la encuesta del SISBEN.

-El Hospital La María, no dio respuesta a la acción de tutela, pese a estar debidamente notificada.

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.

De acuerdo con la situación fáctica puesta de presente en el asunto que se decide en esta providencia, este Despacho considera que el mismo deberá circunscribirse a determinar si la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y/o las vinculadas, con su proceder están poniendo en peligro y/o vulnerando los derechos fundamentales a la salud, la seguridad social y la vida en condiciones dignas del señor **Jeisson Alexander Grisales Patiño** y si procede la exoneración de los copagos o cuotas de recuperación para el tratamiento de su patología. Así como si procede el tratamiento integral.

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.

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.

La agencia oficiosa en la acción de tutela encuentra su fundamento constitucional en el artículo 86 de la Carta, el cual establece que toda persona que considere que sus derechos fundamentales han sido vulnerados o se encuentran amenazados, podrá interponer acción de tutela a través de un representante o en nombre propio; así mismo, el Decreto 2591 en el artículo 10 reitera lo anterior y dispone que se podrán agenciar derechos ajenos “cuando el titular de los mismos no esté en condiciones de promover su propia defensa”.

Cuando la acción de tutela es interpuesta por intermedio de agente oficioso, la jurisprudencia constitucional ha señalado los siguientes elementos normativos: (i) el agente oficioso debe manifestar que está actuando como tal; (ii) del escrito de tutela se debe poder inferir que el titular del derecho está imposibilitado para ejercer la acción de tutela, ya sea por circunstancia físicas o mentales; (iii) la informalidad de la agencia, pues esta no implica que deba existir una relación formal entre el agente y los agenciados; (iv) la ratificación de lo actuado dentro del proceso.

Los dos primeros elementos, es decir la manifestación del agente y la imposibilidad de la agenciada para actuar son constitutivos y necesarios para que opere esta figura. El tercer elemento es de carácter interpretativo y el cuarto que versa sobre la ratificación, se refiere cuando el agenciado ha realizado actos positivos e inequívocos, esta actitud permite sustituir al agente.

Ahora bien, en el caso que nos ocupa, se evidencia que Deyvin Alberto Grisales Patiño actúa como agente oficioso de su hermano Jeisson Alexander Grisales Patiño, quien por su estado de salud no se encuentra en condiciones de propender de manera autónoma por la protección de sus derechos fundamentales, por lo que se considera que el agente oficioso está legitimado en la causa por activa para presentar esta acción constitucional.

Se tiene además la legitimación en la causa por pasiva de la accionada y las vinculadas, toda vez que son las entidades a las cuales se les endilga la “presunta” vulneración de los derechos fundamentales esgrimidos por el accionante.

4.3. DE LA PROTECCIÓN AL DERECHO FUNDAMENTAL DE 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”¹”*.

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 2015² 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”³.

¹C. Const., T-196 de 2018.

² “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.

³ Corte Constitucional, sentencia C-313 de 2014 (MP Gabriel Eduardo Mendoza Martelo; SVP Mauricio González Cuervo, Luis Guillermo Guerrero Pérez, Jorge Ignacio Pretelt Chaljub; AV María Victoria Calle Correa, Mauricio González Cuervo, Luis Guillermo Guerrero Pérez, Alberto Rojas Ríos, Luis Ernesto Vargas Silva).

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 y autónomo del derecho a la salud, entendido este como un concepto amplio que busca materializar la dignidad humana de las personas.

4.4. DERECHO AL TRATAMIENTO INTEGRAL Y OPORTUNIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.

La Corte Constitucional se pronunció con respecto a este tema en Sentencia T-208 de 2017 (M.P ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO), se expuso:

“Los anteriores pronunciamientos fueron acogidos en la denominada Ley Estatutaria de Salud, Ley 1751 de 2015⁴, allí el Legislador reconoció la salud como derecho fundamental y, en el artículo 2°, se especifica que este es un derecho autónomo e irrenunciable y debe ser prestado de manera oportuna, eficaz y con calidad, para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. Derecho que incluye, por una parte, elementos esenciales e interrelacionados como son: a) disponibilidad, b) aceptabilidad, c) accesibilidad y d) calidad y, por la otra, comporta los siguientes principios: universalidad, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos, progresividad del derecho, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia, interculturalidad, protección a los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras.

Así mismo, enunció que el grupo poblacional⁵ que gozan de especial protección por parte del Estado cuya atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica, son: niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de

⁴ “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.

⁵ Artículo 11.

violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en situación de discapacidad.

Por lo tanto, al considerarse el derecho la salud como un derecho fundamental, su protección es procedente por medio de la acción de tutela cuando este resulte amenazado o vulnerado y no exista otro medio idóneo de defensa judicial.

Además, tiene mayor relevancia cuando los afectados sean sujetos de especial protección constitucional: niños, personas en situación de discapacidad o de la tercera edad, entre otros. Dicho trato diferenciado se sustenta en el inciso 3º, del artículo 13 de la Constitución Política que establece la protección por parte del Estado a las personas que se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta.

Para lo que interesa a la presente causa, este Tribunal ha sido enfático en destacar que el principio de integralidad del sistema de salud implica suministrar, de manera efectiva, todas las prestaciones que requieran los pacientes para mejorar su condición médica “[e]sto es, que la protección sea integral en relación con todo aquello que sea necesario para conjurar la situación particular de un(a) paciente”⁶, de esta forma se protege y garantiza el derecho fundamental a la salud y la adecuada prestación de los servicios médicos que permitan el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.” De manera puntual, la Corte, en sentencia T-644 de 2015⁷, destacó:

“En lo que concierne al suministro del tratamiento integral, cabe resaltar que el principio de integralidad en el acceso a los servicios de salud se exterioriza en la autorización, práctica o entrega de las tecnologías a las que una persona tiene derecho, siempre que el galeno tratante los considere necesarios para el tratamiento de sus patologías. De lo anterior se desprende que ‘la atención en salud no se restringe al mero restablecimiento de las condiciones básicas de vida del paciente, sino que también implica el suministro de todo aquello que permita mantener una calidad de vida digna’.

⁶ Sentencia T-531 de 2009, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

⁷ M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

Con todo, quienes padecen enfermedades que deterioran su salud se les debe garantizar siempre un tratamiento integral, en los términos, que se establecieron en el artículo 8°, de la Ley 1751 de 2015⁸, de tal forma que se garantice el acceso efectivo al servicio de salud, mediante el suministro de “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”. Acceso que se exterioriza en la autorización, práctica o entrega de las tecnologías a las que una persona tiene derecho, siempre que el profesional de la salud los considere necesarios para el tratamiento de la enfermedad. En diferentes pronunciamientos esta Corporación⁹ ha reiterado esta garantía de acceso efectivo a los servicios médicos.”

En síntesis, se puede afirmar que el derecho fundamental a la salud, se garantiza a través del uso de medicamentos, tecnologías y servicios de manera continua, completa y sin dilaciones que permitan un tratamiento integral para prevenir, paliar o curar la enfermedad, se encuentren o no incluidas en plan obligatorio de salud, de tal forma que las instituciones encargadas de la administración del sistema de salud atiendan los principios constitucionales que permitan eliminar las barreras administrativas o económicas de acceso para aquellas personas que se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta.”

4.5 NATURALEZA JURÍDICA DE LOS COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS. HIPÓTESIS EN LAS QUE CABE SU EXONERACIÓN

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 187 de la Ley 100 de 1993, los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deben asumir “(...) pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles (...)”, que tienen como finalidad racionalizar el uso de los servicios del

⁸ “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.

⁹ Esta regla jurisprudencial se desprende con toda claridad de la Sentencia T-760 de 2008, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa. Y además, también puede ser apreciada en las Sentencias, T-1158 de 2001, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra; T- 962 de 2005, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra; T-493 de 2006, M.P. Álvaro Tafur Galvis; T-760 de 2008, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa; T-057 de 2009, M.P. Jaime Araujo Rentería; T-346 de 2009, M.P. María Victoria Calle Correa; T-550 de 2009, M.P. Mauricio Gonzáles Cuervo; T-149 de 2011, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo; T-173 de 2012, M.P. María Victoria Calle Correa; T-073 de 2013, M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub; T-155 de 2014 y T-447, M.P. María Victoria Calle Correa de 2014.

sistema y complementar la financiación del plan obligatorio de salud.¹⁰

En la misma disposición se contempla que la exigencia de esas cuotas no puede convertirse en un obstáculo para el acceso a los servicios de salud por parte de la población más pobre y vulnerable, razón por la cual se prevé que el monto de las mismas deberá ser estipulado de conformidad con la situación socioeconómica de los usuarios del Sistema. Sobre el particular la Honorable Corte Constitucional ha señalado 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.

Conforme lo dispone el Artículo 7° del Acuerdo 260 de 2004, están sujetos al cobro de copagos 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 y, 6. Los servicios que, conforme al artículo 6° del Acuerdo están sujetos al cobro de cuotas moderadoras.

EN SENTENCIA T- 062 DE 2017, LA CORTE CONSTITUCIONAL, MP. GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO, sobre la hipótesis en que cabe la exoneración de copagos y/o cuotas de recuperación, se pronunció así:

“De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 187 de la Ley 100 de 1993, los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud,

10 Ley 100 de 1993, Artículo 187. “De los pagos moderadores. Los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles. Para los afiliados cotizantes, estos pagos se aplicaran con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del Sistema. En el caso de los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la financiación del plan obligatorio de salud. En ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres. Para evitar la generación de restricciones al acceso por parte de la población más pobre, tales pagos para los diferentes servicios serán definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica, según la reglamentación que adopte el Gobierno Nacional, previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. // Los recaudos por estos conceptos serán recursos de las Entidades Promotoras de Salud, aunque el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá destinar parte de ellos a la subcuenta de Promoción de la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía. // PARÁGRAFO. Las normas sobre procedimientos de recaudo, definición del nivel socioeconómico de los usuarios y los servicios a los que serán aplicables, entre otros, serán definidos por el Gobierno Nacional, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.”

deben asumir “(...) pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles (...)”, que tienen como finalidad racionalizar el uso de los servicios del sistema y complementar la financiación del plan obligatorio de salud¹¹. En la misma disposición se contempla que la exigencia de esas cuotas no puede convertirse en un obstáculo para el acceso a los servicios de salud por parte de la población más pobre y vulnerable, razón por la cual se prevé que su monto deberá ser estipulado de conformidad con la situación socioeconómica de los usuarios del Sistema.

Sobre el particular, esta Corporación ha señalado que cuando una persona no tiene los recursos económicos para asumir el valor 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. Así, en la Sentencia T-328 de 1998¹² la Corte expresó:

El conflicto se presenta cuando aquellos que no tienen el dinero suficiente para cubrir las cuotas moderadoras, copagos o no han completado las semanas mínimas de cotización prescritas en la legislación para acceder a los tratamientos de alto costo, los requieren con tal urgencia que sin ellos se verían afectados los derechos constitucionales fundamentales mencionados y, no obstante, con el argumento de cumplir la legislación señalada anteriormente, las Empresas Promotoras de Salud les niegan la atención médica necesaria.

No cabe duda de que los derechos fundamentales de las personas

¹¹ Ley 100 de 1993, Artículo 187. “De los pagos moderadores. Los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles. Para los afiliados cotizantes, estos pagos se aplicaran con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del Sistema. En el caso de los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la financiación del plan obligatorio de salud. En ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres. Para evitar la generación de restricciones al acceso por parte de la población más pobre, tales pagos para los diferentes servicios serán definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica, según la reglamentación que adopte el Gobierno Nacional, previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. // Los recaudos por estos conceptos serán recursos de las Entidades Promotoras de Salud, aunque el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá destinar parte de ellos a la subcuenta de Promoción de la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía. // PARÁGRAFO. Las normas sobre procedimientos de recaudo, definición del nivel socioeconómico de los usuarios y los servicios a los que serán aplicables, entre otros, serán definidos por el Gobierno Nacional, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud”.

¹² Sentencia T-768 de 2007 MP Manuel José Cepeda Espinosa.

priman sobre cualquier otro tipo de derechos¹³ y cuando el conflicto anteriormente descrito se presenta, esta Corporación ha sido enfática y clara en la decisión de protegerlos, inaplicando para el caso concreto la legislación y ordenando la prestación de los servicios excluidos, cumpliendo así con lo dispuesto en el artículo 4 de la Constitución Política pues, ni siquiera la ley puede permitir el desconocimiento de los derechos personalísimos de los individuos y, cuando so pretexto de su cumplimiento se atenta contra ellos, no solamente es posible inaplicarla, sino que es un deber hacerlo.”¹⁴

El Acuerdo 260 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud y establece la diferencia entre las *cuotas moderadoras* y los *copagos*, al señalar que las primeras, que se aplican a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS, al paso que los segundos, que se aplican única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios, son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.

De este modo, ha dicho la Corte, que el citado acuerdo, por un lado, con 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, por otro, con los copagos aplicables a los beneficiarios, pretende que una vez se haya ordenado la práctica de algún examen o procedimiento, se realice una contribución, de conformidad con un porcentaje establecido por la autoridad competente, con la finalidad de generar otro aporte al Sistema y proteger su financiación¹⁵.

En el mencionado acuerdo se regulan los montos que se deben cancelar por concepto de cuotas moderadoras y copagos, tanto en el régimen contributivo

¹³ Sentencias C-265 de 1994, M. P. Alejandro Martínez Caballero y T-639 de 1997, MP Fabio Morón Díaz

¹⁴ Sentencia T-328 de 3 de julio 1998, MP Fabio Morón Díaz.

¹⁵ Ver Sentencia T-584 de 31 de julio de 2007 MP Nilson Pinilla Pinilla.

como en el subsidiado. Se establecen los principios que deben respetarse para la aplicación de los mismos. Así, de conformidad con el Artículo 5° del acuerdo, para ese efecto deben respetarse los siguientes principios básicos:

- 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.*

Dispone el artículo 4° del acuerdo que las cuotas moderadoras y los copagos se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante. Específicamente, en relación con los copagos, que son los que tienen relevancia en el presente caso, el acuerdo, en su artículo 9°, 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 disposición¹⁶.

¹⁶ Artículo 9°. Monto de copagos por afiliado beneficiario. 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 la siguiente manera: // 1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes el 11.5% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que el cobro por un mismo evento exceda del 28.7% del salario mínimo legal mensual vigente. // 2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos y cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 17.3% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que exceda del 115% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente, por un mismo evento. // 3. Para afiliados cuyo

Allí se señala también que se entiende por la atención de un mismo evento el manejo de una enfermedad específica del paciente en el mismo año calendario, y, en el artículo 10° del acuerdo se establece el tope máximo de copagos por afiliado beneficiario por año calendario. Tratándose de afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes, el valor del copago será del 11.50% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que el cobro por un mismo evento exceda del 28.7% del salario mínimo legal mensual vigente y se fija como tope máximo anual el 57.5% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 7° del Acuerdo 260 de 2004, están sujetos al cobro de copagos 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 y 6. Los servicios que, conforme al artículo 6° del Acuerdo están sujetos al cobro de cuotas moderadoras*¹⁷.

Adicionalmente, la Corte ha fijado dos reglas jurisprudenciales¹⁸, de origen constitucional, para determinar los casos en que, en aras de obtener la protección de algún derecho que pueda resultar vulnerado, es necesario

ingreso base de cotización sea mayor a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 23% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que por un mismo evento exceda del 230% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente. // Parágrafo. Para efectos del presente acuerdo se entiende por la atención de un mismo evento el manejo de una patología específica del paciente en el mismo año calendario.

¹⁷ Acuerdo 260 de 2004, Artículo 6°. Servicios sujetos al cobro de cuotas moderadoras. Se aplicarán cuotas moderadoras a los siguientes servicios, en las frecuencias que autónomamente definan las EPS: // 1. Consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada. // 2. Consulta externa por médico especialista. // 3. Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos. El formato para dicha fórmula deberá incluir como mínimo tres casillas. // 4. Exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo cuatro casillas. // 5. Exámenes de diagnóstico por imagenología, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo tres casillas. // 6. Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando la utilización de estos servicios no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud. // Parágrafo 1°. En ningún caso podrá exigirse el pago anticipado de la cuota moderadora como condición para la atención en los servicios de urgencias. // Parágrafo 2°. Si 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. // Parágrafo 3°. Las cuotas moderadoras se pagarán al momento de utilización de cada uno de los servicios, en forma independiente.

¹⁸ Ver Sentencia T-697 de 6 de septiembre de 2007 MP Rodrigo Escobar Gil.

eximir al afiliado del pago de las cuotas moderadoras, copagos o cuotas de recuperación según el régimen al que se encuentre afiliado.

Al respecto dispuso que procederá esa exoneración **(i)** cuando la persona que necesita con urgencia¹⁹ un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de los pagos moderadores, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a este, asumiendo el 100% del valor²⁰ y **(ii)** cuando una persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad económica para asumirlo, pero tiene problemas para hacer la erogación correspondiente antes de que éste sea suministrado, la entidad encargada de la prestación 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 servicio²¹.

En la Sentencia T-984 de 2006²² esta Corporación reiteró que cuando una persona no cuenta con los recursos económicos para sufragar los costos de las cuotas correspondientes y requiera de un tratamiento con urgencia, en razón a su estado de salud, este deberá prestársele sin sujeción a lo estipulado en la norma que contempla la exigibilidad de los pagos. En este sentido, la Corte señaló expresamente que *“cuando una persona requiera de un tratamiento médico con urgencia, y no pueda acceder a éste por no tener la capacidad económica suficiente para pagar los copagos, las cuotas moderadoras, las cuotas de recuperación o el porcentaje equivalente a las semanas de cotización faltantes, se deberá inaplicar la normatividad y la entidad territorial, la ARS, o la EPS, según sea el caso, deberá prestarle oportunamente el servicio, en aras de proteger su derecho fundamental a la vida, en conexidad con el derecho a la salud.”*

En este orden de ideas, de conformidad con lo indicado, se tiene que la exigencia reglamentaria de reclamar el pago de cuotas moderadoras y/o copagos no es contraria a la Constitución pues, a través de ellos se busca

¹⁹ Sobre este particular la Corte Constitucional ha sostenido que para las personas que padecen una enfermedad catastrófica, existe una urgencia en la prestación del servicio a la salud y ha ratificado que procede la regla de no exigibilidad de los copagos correspondientes por considerarse que ante esa reclamación se pueden ver afectados derechos fundamentales.

²⁰ Ver Sentencia T-743 de 6 de agosto de 2004 MP Manuel José Cepeda Espinosa.

²¹ Ver Sentencia T-330 de 28 de abril de 2006 MP Jaime Córdoba Triviño.

²² Sentencia T-984 de 27 de noviembre de 2006 MP Jaime Córdoba Triviño.

obtener una contribución económica al Sistema en razón a los servicios prestados. Sin embargo, aquél no podrá exigirse cuando de su aplicación surja la vulneración a un derecho fundamental²³.

En todo caso, se precisa, será el juez constitucional el encargado de verificar, en cada caso, si el pago de las cuotas de recuperación exigidas por la ley, obstaculiza el acceso al servicio de salud y si, como consecuencia de ello, se genera una vulneración de los derechos fundamentales.”

4.6. CASO CONCRETO. En el asunto particular que ocupa la atención del Juzgado, se observa que el señor **Jeisson Alexander Grisales Patiño**, requiere el suministro de los insumos “*barrera colostomía N° 70 flexible 6 mensuales por 6 meses para un total de 36 unidades, Bolsa de Colostomía N° 70, 6 mensuales por seis meses para un total de 36 unidades y pinza de colostomía 3 mensuales por 6 meses, para un total de 18 unidades*”, según se desprende de la historia clínica, igualmente solicita la exoneración de copagos y cuotas de recuperación y que se le brinde la atención integral que requiere derivados de la patología que padece “tumor maligno del recto y tumor maligno secundario de hígado”.

Ahora bien, en el presente caso se encuentra acreditado que el afectado se encuentra encuestado por el SISBEN en el municipio de Bello con puntaje de 68.60, por ende, no ha sido clasificado como población pobre para los beneficiarios del régimen subsidiado en salud. En esa medida corresponde al juzgado verificar si se ha vulnerado derecho fundamental alguno al agenciado, al exigírsele el cobro de copagos o cuotas de recuperación en la prestación del servicio que requiera en razón de la enfermedad que padece.

Conforme a lo anterior, en el caso sub examine, el afectado tiene la calidad de “VINCULADO”, como primera premisa debe advertirse que, acorde a la jurisprudencia constitucional, corresponde al **Estado atender a los participantes “vinculados” al sistema de salud, habida consideración que** al régimen subsidiado, establecido por la Ley 100 de 1993, al que pertenece la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana, con especial énfasis, entre otros, los desempleados y demás

²³ Ver Sentencia T-697 de 6 de septiembre de 2007 MP Rodrigo Escobar Gil.

personas sin capacidad de pago, encontrándose el hoy actor constitucional en dicha categoría, pues bien aparece acreditado en los hechos de la tutela que el afectado no cuenta con recursos económicos.

En desarrollo de las mencionadas disposiciones constitucionales, se expidió la Ley 100 de 1993, en cuyo artículo 1º, se señala que el sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afectan y en el artículo 2º ibídem, dispone que el servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

Por su parte el artículo 8º de la mencionada ley, establece que uno de los objetivos del sistema de seguridad social en salud es el garantizar la ampliación de la cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema mediante mecanismos que en desarrollo del principio de solidaridad permitan que sectores sin capacidad económica suficiente, accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral, a través del régimen subsidiado de salud.

De tal manera que el Sisbén (sistema de selección de beneficiarios para programas sociales) es el principal instrumento con el que cuentan las autoridades de las entidades territoriales para focalizar el gasto social descentralizado, pues la Constitución Política de 1991, impone al gobierno nacional, departamental y municipal, dirigir el gasto social hacia las personas más pobres y vulnerables.

Se precisa que, conforme a nuestro ordenamiento jurídico vigente, tal deber recae sobre las correspondientes entidades territoriales, siendo en este caso la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia que es el ente que coordina en nuestro departamento la atención en salud prestada por las instituciones públicas y las privadas que tengan contrato con el Estado. Es así como el artículo 157 de la ley 100 de 1993 estipula la participación de todos los colombianos en el sistema General de Seguridad Social en salud, bien sea a través de la afiliación en el régimen contributivo para las personas con

capacidad de pago, o a través del régimen subsidiado para las personas pobres del país o bajo la categoría de los participantes vinculados definidos como: “aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención en salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado” y por su lado el artículo 32 del Decreto 806 de 1998 que regula la afiliación de vinculados al régimen de seguridad social en salud estipula que *“Serán vinculadas al sistema general de seguridad social en salud las personas que no tienen capacidad de pago mientras se afilian al régimen subsidiado.”* Y el artículo 33 de la mencionada normatividad determina los beneficios de las personas vinculadas al sistema, así: *“Mientras se garantiza la afiliación a toda la población pobre y vulnerable al régimen subsidiado, las personas vinculadas al sistema general de seguridad social en salud, tendrán acceso a los servicios de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado para el efecto, de conformidad con la capacidad de oferta de estas instituciones y de acuerdo con las normas sobre cuotas de recuperación vigentes”.*

De tal suerte entonces que mientras los VINCULADOS logren su afiliación al régimen subsidiado tienen la posibilidad de acceder a las instituciones de salud que reciben recursos públicos bajo dicha figura de participación vinculada, esto es, que tendrán el derecho de acceder a los servicios de salud sin que se encuentren afiliados o deban afiliarse a alguno de los dos regímenes establecidos.

Así mismo, la Ley 715 de 2001 señala sin ninguna ambigüedad las competencias de las entidades territoriales en materia de prestación de servicios de salud de los participantes vinculados. En el artículo 43-2 se establece que corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el sistema general de seguridad social en salud en el territorio de su jurisdicción y le asigna entre otras las funciones de gestionar la prestación de los servicios de salud, **de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda**, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas. También debe financiar con recursos propios o asignados por

participaciones la prestación de servicios de salud de esta población, así como también le corresponde organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de instituciones prestadoras de servicios de salud públicas en el departamento.

En consonancia con lo aquí indicado, en Sentencia C 463 de 2008, ha enfatizado nuestra Corte Constitucional en el deber asistencial que le incumbe a las entidades territoriales respecto de las personas vinculadas, sobre quienes ha dicho que tienen acceso a los servicios de salud que prestan las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, de conformidad con el art. 20 de la Ley 1122 del 2007.

Y en cuanto al cubrimiento y manera como ha de prestarse las atenciones en salud a dichas personas, además de lo dicho al referir a la Ley 715 de 2001, procede indicar que en virtud del principio constitucional de la eficiencia es deber del Estado propender por la utilización social y económica de los recursos administrativos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente, por lo que con las atenciones en salud debe buscarse la recuperación o restablecimiento de las condiciones de salud del usuario para lo cual se requiere que sea atendido no solo por médico general, sino por el especialista en la materia, a fin de que dicha protección a la salud se torne eficaz, sin que sea aceptable de manera alguna que haya discriminación en el nivel de atención entre los usuarios de los distintos regímenes de seguridad social en salud, y es así como en la referida sentencia de constitucionalidad se precisó: “respecto de los servicios que se prestan en cada uno de los regímenes de salud ha afirmado esta Corte, que tanto los afiliados al Régimen Contributivo como al subsidiado, tienen igual derecho a recibir los servicios de salud comprendidos en los respectivos planes básicos y obligatorios de salud -POS-, garantizando de esta forma el legislador el derecho irrenunciable a la salud. En este sentido, ha sostenido también que en caso que se excluya del sistema de seguridad social en salud a algún sector de la población, ello vulnera abiertamente la Constitución (arts. 48 y 49).”

De otro lado y frente a la inconformidad respecto a la exoneración del copago o cuota de recuperación, cabe indicar que para los pacientes vinculados al sistema de seguridad social en salud, tal como lo es el caso del aquí afectado, ha sido pródiga la jurisprudencia constitucional al establecer que las cuotas de recuperación no pueden convertirse en barreras para la prestación de los servicios de salud a las personas que no están en capacidad económica para sufragar tales erogaciones, por encontrarse estas dentro de los grupos con niveles de pobreza más significativos, logrando con ello cumplir los postulados constitucionales que impone el Estado social de derecho y las medidas positivas que implica la efectividad del derecho de igualdad.

De igual manera, el legislador estableció los casos en los cuales opera la exoneración de copagos y cuotas moderadoras, para obtener la prestación de los servicios médicos (Acuerdo 260 de 2004, artículo 7º) y dispuso que, las personas que padecen “**enfermedades catastróficas o de alto costo**”, no le es exigible la cancelación de éstos. Admitamos que el pago de tales emolumentos es compatible con la finalidad de brindar cobertura en seguridad social y permite garantizar la sostenibilidad del sistema y racionalizar el uso de los servicios en salud, pero, el juez de tutela debe inaplicar dichas normas con el propósito de garantizar el acceso a los servicios de salud a aquellas personas que carecen de los medios suficientes para sufragar el pago adicional, siempre y cuando concurren los requisitos señalados por la Corte Constitucional para su procedencia,

Para dar mayor fuerza a este argumento se debe iterar que, la resolución 3974 de 2009 expedida por el Ministerio de la protección social catalogó el Cáncer de Colon y Recto, como enfermedad de “alto costo” y en ninguna circunstancia los pagos moderadores o copagos pueden convertirse en barreras de acceso que impidan la prestación del servicio de seguridad social en salud a los más pobres.

Por lo expuesto, siguiendo los lineamientos legales y jurisprudenciales antedichos, el amparo constitucional deprecado por el actor está llamado a prosperar a favor de sus intereses.

Así, ante la situación actual de desafiliación al sistema de seguridad social en salud del señor **Jeisson Alexander Grisales Patiño** y la enfermedad catastrófica que padece “*tumor maligno de recto y tumor maligno secundario de hígado*”, se ordenará a la SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA, que, dentro del término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes, contadas a partir de la notificación del presente fallo, y si aún no lo ha hecho, **autorice y entregue de manera efectiva, a través de una institución pública o privada que tenga contrato con el Estado** los insumos “*barrera colostomía N° 70 flexible 6 mensuales por 6 meses para un total de 36 unidades, Bolsa de Colostomía N° 70, 6 mensuales por seis meses para un total de 36 unidades y pinza de colostomía 3 mensuales por 6 meses, para un total de 18 unidades*”, que garantice el tratamiento de la patología que padece el accionante “*tumor maligno de recto y tumor maligno secundario de hígado*”, dispuestos por el médico tratante, sin el cobro de copagos o cuotas de recuperación.

Asimismo, se concederá el TRATAMIENTO INTEGRAL, teniendo en cuenta la naturaleza de la enfermedad y el estado de salud de **Jeisson Alexander Grisales Patiño**, además, con el fin de garantizar la continuidad en el servicio de salud y evitar así, que tenga que interponer nuevas acciones de tutela ante una eventual negativa a la prestación del servicio relacionado con diagnóstico de “***tumor maligno de recto y tumor maligno secundario de hígado***”. Consecuente con lo anterior, se le ordenará a la SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA garantizar la prestación del tratamiento integral, siempre y cuando el médico tratante lo considere necesario para el pleno restablecimiento de la salud o para mitigar las dolencias que le impidan llevar una vida en mejores condiciones hasta tanto sea afiliado al régimen contributivo o subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud. Todo ello sin el cobro de copagos o cuotas de recuperación.

Teniendo en cuenta que el señor **Jeisson Alexander Grisales Patiño**, no se encuentra afiliado al Sistema de General de Seguridad Social en Salud, y atendiendo el principio de universalidad del SGSS-S, se ordenará al Municipio de Bello, para que en el término de ocho (8) días proceda a realizar el acompañamiento necesario para que el accionante sea nuevamente

encuestado, asignándole un nuevo puntaje según las condiciones socio económicas en las que vive el accionante en la actualidad, y si es del caso sea afiliado a una EPS en el régimen subsidiado.

Se ordenará desvincular del presente trámite al Hospital La María.

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 vida, la salud, vida en condiciones dignas y la seguridad social del señor **Jeisson Alexander Grisales Patiño**, que están siendo vulnerados por la **SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA**.

Segundo: ORDENAR a la **SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA**, para que, dentro del término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes, contadas a partir de la notificación del presente fallo, y si aún no lo ha hecho, **autorice y entregue de manera efectiva, a través de una institución pública o privada que tenga contrato con el Estado** los insumos “*barrera colostomía N° 70 flexible 6 mensuales por 6 meses para un total de 36 unidades, Bolsa de Colostomía N° 70, 6 mensuales por seis meses para un total de 36 unidades y pinza de colostomía 3 mensuales por 6 meses, para un total de 18 unidades*”, que garantice el tratamiento de la patología que padece el accionante “*tumor maligno de recto y tumor maligno secundario de hígado*”, dispuestos por el médico tratante, sin el cobro de copagos o cuotas de recuperación.

Tercero: CONCEDER el TRATAMIENTO INTEGRAL al señor **Jeisson Alexander Grisales Patiño** por la patología que le aqueja “**tumor maligno de recto y tumor maligno secundario de hígado**”. Consecuente con lo anterior, se ordena a la SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y

PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA garantizar la prestación del tratamiento integral, siempre y cuando el médico tratante lo considere necesario para el pleno restablecimiento de la salud o para mitigar las dolencias que le impidan llevar una vida en mejores condiciones hasta tanto sea afiliado al régimen contributivo o subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud. Todo ello sin el cobro de copagos o cuotas de recuperación.

Cuarto: ORDENAR al **Municipio de Bello**, para que en el término de ocho (8) días proceda a realizar el acompañamiento necesario para que el accionante **Jeisson Alexander Grisales Patiño** sea nuevamente encuestado, asignándole un nuevo puntaje según las condiciones socio económicas en las que vive el accionante en la actualidad, y si es del caso sea afiliado a una EPS en el régimen subsidiado.

Quinto: Desvincular del presente trámite al Hospital La María.

Sexto. Notifíquese por el medio más expedito y eficaz posible la presente decisión a las partes, según lo dispuesto por los artículos 16 y 30 del Decreto 2591 de 1991 y artículo 5° del Acuerdo 306 de 1992, dejando la respectiva constancia en el expediente, advirtiéndole acerca de la procedencia de la IMPUGNACIÓN de este fallo, la cual puede interponerse dentro de los tres (03) días siguientes a su notificación, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 31 del Decreto 2591 de 1991.

Séptimo: Remítase a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión, si no fuere impugnada.

NOTIFÍQUESE



ORIGINAL FIRMADO

PAULA ANDREA SIERRA CARO

JUE