



**JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL  
PALMIRA – VALLE DEL CAUCA**

**Sentencia n.º 135**

Palmira, Valle del Cauca, septiembre seis (6) de dos mil veintidós (2022)

|               |                                   |
|---------------|-----------------------------------|
| Proceso:      | Acción de tutela                  |
| Accionante:   | J.M.P.R. - C.C.Núm. 1.191.225.220 |
| Accionado(s): | E.P.S. Sanitas                    |
| Radicado:     | 76-520-40-03-002-2022-00347-00    |

**I.Asunto**

Procede el Despacho a proferir el fallo que resuelva la acción de tutela instaurada por el menor J.M.P.R., identificado con C.C. número 1.191.225.220, actuando con mediación de agente oficiosa, contra la E.P.S. SANITAS, por la presunta vulneración a sus derechos constitucionales fundamentales a la salud, seguridad social y dignidad humana.

**II. Antecedentes**

**1. Hechos.**

Informa la agenciante, que el menor está afiliado a E.P.S. SANITAS, con diagnóstico *"ENCEFALOPATÍA EPILEPTICA TIPO WEST -RETRASO EN DESARROLLO SICOMOTROL"*. En consecuencia, su médico tratante ordenó, cita médica con especialista en *"NEUROPEDIATRÍA"*, con control de seguimiento cada mes, *"TERAPIAS NEURODESARROLLO"* en la Fundación Fedi, tres (3) veces a la semana, por las cuales debe cancelar un copago de \$9.300.00. Afirmando no cuenta con los recursos económicos suficientes para cubrir los gastos que genera la atención en salud de su menor hijo, toda vez que, ella no puede laborar por estar al cuidado de su pequeño, quien requiere de toda la atención, dependiendo únicamente del salario mínimo que devenga su esposo, con el que cubre todas las necesidades del hogar.

**2. Pretensiones.**

Por lo anterior, solicita que se ordene a la E.P.S. SANITAS, autorice, cita médica con especialista en *"NEUROPEDIATRÍA"*, la exoneración de copagos y se garantice el tratamiento integral.

**3. Trámite impartido.**

El despacho mediante proveído 1719 de 24 de agosto de 2022, procedió a su admisión, ordenando la vinculación de las entidades: SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE PALMIRA- VALLE; SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA; FUNDACIÓN VALLE DEL LILI; FUNDACIÓN ESPECIALIZADA EN DESARROLLO INFANTIL (FEDI); INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR; PROCURADURÍA DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA; MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL; ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD – ADRES, así mismo, se dispuso la notificación del

ente accionado y vinculados, para que previo traslado del escrito de tutela se pronunciaran sobre los hechos y ejercieran su derecho de defensa en el término de tres (3) días, comunicándose por el medio más expedito.

#### **4. Material probatorio.**

Se tienen como pruebas aportadas con la demanda las siguientes:

- Permiso Protección Temporal de JENIFER CAROLINA RUIZ PÉREZ
- R. Civil Nacimiento J.M.P.R.
- Historia Clínica
- Ordenes médico tratante

#### **5. Respuesta de la accionada y vinculadas.**

El Director jurídico del Ministerio de Salud y Protección Social, delantamente señala que el Ministerio de Salud y Protección Social no tiene dentro de sus funciones y competencias la prestación de servicios médicos ni la inspección, vigilancia y control del sistema de salud, sólo es el ente rector de las políticas del Sistema General de Protección Social en materia de salud, pensiones y riesgos profesionales, razón por la cual desconoce los antecedentes que originaron los hechos narrados y por ende las consecuencias sufridas. Además, que las otras Entidades accionadas y/o vinculadas, son entidades descentralizadas que gozan de autonomía administrativa y financiera y sobre las cuales el Ministerio de Salud y Protección Social no tiene injerencia alguna en sus decisiones ni actuaciones. Seguidamente hace un recuento de la actuación surtida y la normatividad que se aplica al caso, para afirmar que existe falta de legitimación en la causa por lo que implora exonerar al Ministerio, de toda responsabilidad que se le pueda llegar a endilgar dentro de la presente acción de tutela, no obstante, en caso de ésta prospere se conmine a la EPS a la adecuada prestación del servicio de salud conforme a sus obligaciones, siempre y cuando no se trate de un servicio excluido expresamente por esta Cartera, ya que como se explicó todos los servicios y tecnologías autorizados en el país por la autoridad competente deben ser garantizados por la EPS independientemente de la fuente de financiación, sin embargo, en el evento en que el despacho decida afectar recursos del SGSSS, solicitamos se vincule a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES.

La Profesional Universitario de la Procuraduría General de la Nación, señala que al no existir solicitud ni queja por parte del accionante y/o de su agente oficiosa, su representada no es generadora de vulneración de derechos fundamentales en el presente asunto, además, el accionante, se encuentra afiliado a la EPS SANITAS, quien debe garantizar la prestación de servicios solicitados tales como: medicamentos, cita con especialista, terapias, ya que son los encargados de atender a sus afiliados prestándoles un servicio integral. Finalmente, solicita desvinculación de la presente acción constitucional.

La Jefe de Oficina Asesora Jurídica de la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca, manifiesta que: "*Frente A LA SOLICITUD DE LA REALIZACION DE EXAMENES Y VALORACION POR MEDICOS ESPECIALISTAS NEUROPEDIATRA indicamos que la Corte Constitucional ha reiterado que cuando una entidad encargada de la prestación de servicios médicos priva a las personas de su derecho a que se detecte con mayor precisión en qué consiste la enfermedad que las aqueja y cómo se puede tratar su padecimiento, cuando por acción u omisión deja de practicar o realiza de forma negligente un examen, o por el contrario niega la realización de una actividad que conduzca a determinar en forma veraz dicho diagnóstico, implica una manifiesta vulneración de los derechos fundamentales a la vida digna y a la integridad física, psíquica y emocional al paciente. Específicamente sobre el derecho a acceder a los servicios de salud en forma oportuna, COMO EN ESTE CASO QUE NO SE HA AUTORIZADO Y PROGRAMADO LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS POR EL MEDICO TRATANTE, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha considerado que se vulneran los derechos a la integridad física y la salud de una persona cuando se demora la práctica de un tratamiento o examen diagnóstico ordenado por el médico tratante la prestación eficiente y efectiva del servicio de salud no puede verse interrumpida a los usuarios, específicamente por la imposición de barreras administrativas que diseñe la misma entidad prestadora del servicio para adelantar sus propios procedimientos. El derecho al diagnóstico es indispensable para lograr la recuperación definitiva de una enfermedad, al ser un aspecto integrante del derecho a la salud. Por lo anterior, constituye el primer paso para*

*garantizar la asistencia sanitaria y la ausencia del mismo impide la realización de un tratamiento. Por otra parte, en aquellos casos en donde el profesional en medicina considere que el tratamiento que debe seguir la persona se trata de un insumo, procedimiento, medicamento o tecnología excluido en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la unidad de pago por capitación (PBS-UPC), el médico tratante debe hacer su prescripción a través del aplicativo MIPRES, administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social. Con base en esta orden, la EPS a la cual se encuentre afiliado el paciente, deberá tramitar la entrega efectiva del servicio PBSUPC, según el modelo de suministro de los servicios que haya elegido el departamento donde opere la E.P.S y de conformidad con lo establecido en la Resolución 1885 de 2018”*

La Representante Legal para asuntos procesales de la Fundación Valle del Lili, asevera que, validada la base de datos se pudo constatar que, el menor fue atendido por última vez el 13 de agosto de 2022 en especialidad pediatría, por motivo de aumento de sus convulsiones, bajo la cobertura de EPS SANITAS SAS. Además, informa tiene agendado para 7 de septiembre de 2022, cita de *NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA* en dicha institución. De otro lado señala que el accionante se encuentra afiliado a EPS SANITAS, quien debe garantizar el libre acceso a los servicios de salud de sus afiliados y de sus familias de acuerdo a las instituciones que forman parte activa de la red de prestadores, por tanto, la remisión depende exclusivamente de la entidad aseguradora, quien debe velar porque a sus usuarios se les brinde atención en salud oportuna en las IPS. Aclara igualmente que, la atención integral es la misma jurisprudencia la que reitera que, para ser concedida no puede versar sobre atenciones de carácter indeterminado, ni reconocer prestaciones futuras e inciertas. Respecto de las exoneraciones de copagos y cuotas moderadoras y transporte de los pacientes y sus acompañantes hasta las instalaciones de las IPS, son de resorte exclusivo de las entidades administradoras de Planes de beneficios EAPB. Por lo anterior, solicita se desvincule a su representada por falta de legitimación en la causa por pasiva.

El abogado de la Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES, Hace referencia al marco normativo y jurisprudencia del caso en concreto, para luego indicar que, se presenta una falta de legitimación en la causa por pasiva, pone en conocimiento las funciones de las EPS, los mecanismos de financiación de la cobertura integral para el suministro de servicios y tecnologías de la salud, Resalta que, es función de la EPS, y no de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, la prestación de los servicios de salud, por lo que la vulneración a derechos fundamentales se produciría por una omisión no atribuible a dicha Entidad, recordando que las EPS tienen la obligación de garantizar la prestación integral y oportuna del servicio de salud a sus afiliados, para lo cual pueden conformar libremente su red de prestadores, por lo que en ningún caso pueden dejar de garantizar la atención, ni retrasarla de tal forma que pongan en riesgo su vida o su salud, máxime cuando el sistema de seguridad social en salud contempla varios mecanismos de financiación de los servicios, los cuales están plenamente garantizados a las EPS. Finalmente, solicita negar el amparo solicitado en lo que respecta a su representada, como también negar cualquier solicitud de recobro por parte de la EPS, en tanto los cambios normativos y reglamentarios ampliamente explicados en el asunto demuestran que, los servicios, medicamentos o insumos en salud necesarios se encuentran garantizados plenamente, ya sea a través de la UPC o de los presupuestos máximos; además de que los recursos son actualmente girados antes de cualquier prestación.

La Coordinadora del Gripo Jurídico del ICBF, Al respecto, informó, “*en relación con el caso expuesto en sede de tutela, a ésta entidad no le constan los hechos aducidos, pues la accionante no ha elevado ninguna solicitud sobre el particular, conclusión que se sustenta en la consulta realizada en el Sistema de Información Misional (SIM) del Instituto. Adicionalmente, el ICBF carece de competencias para la garantía del derecho a la salud de la adolescente, si se tiene en cuenta que lo pretendido es la atención en salud por parte de E.P.S. SANITAS de cara al diagnóstico actual en virtud del cual, requiere la atención en salud para tratamiento ordenado por la especialidad médica cuyas órdenes aporta. De conformidad con la Constitución Política -Art. 49-, la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado, garantizándose a todas las personas el acceso a servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, correspondiéndole al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También le corresponde establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley, siendo los servicios de salud organizados en forma descentralizada, por los niveles de atención y participación de la comunidad. A su vez, el Sistema General de Seguridad Social en Salud implementando a través de la Ley 100 de 1993 determina la prestación del servicio a cargo de las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud.*

*Es así que, en el presente caso, en armonía con el marco constitucional y legal indicado dado que la parte accionante no ha solicitado la intervención del ICBF para que actúe en el presente asunto en el marco de la inobservancia del derecho a la salud por parte de E.P.S. SANITAS, no se configura la legitimación en la causa por pasiva del ICBF, si se tiene en cuenta que el reclamo constitucional surge de la presunta negativa para iniciar tratamiento requerido al NNA por médico especialista tratante". Finalmente, solicita se desvincule a su representada de la presente acción constitucional por no ser generadora de vulneración de derechos fundamentales.*

El Administrador y Gerente de la EPS SANITAS Regional Cali, informa que el menor se encuentra afiliado a dicha entidad, como beneficiario del señor JUAN MANUEL PERDOMO LOAIZA, dependiente a través del empleador TECNO ESTRUCTURAS JC con un IBC de \$1.000.000. Frente a los hechos de la tutela, aduce que la cita con NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA, el 13 de septiembre de 2022, a las 8:00 am, en la IPS NEUROCLINICA INTEGRAL SAS, puesto que la garantía de la prestación del servicio se realiza con la red de prestadores adscritos al momento de autorizar y brindar la atención médica. Respecto de los trasportes, aduce que, *"no cuenta con ninguna discapacidad que la limite en su movilidad. SEGÚN LA NORMATIVIDAD RESOLUCION 2299/21 ARTICULO 107 Y 108, EL USUARIO NO CUMPLE CRITERIOS".* Y frente a la exoneración de copagos, asegura que: *"no es posible acceder a tal pretensión debido a que, por ser beneficiaria del régimen contributivo SGSSS debe de conformidad con la normativa vigente sujetarse al pago de dichas erogaciones. respecto es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones: I. Las Entidades Promotoras de Salud, prestan el Plan de beneficios en Salud por delegación del Estado, por lo que deben cumplir con la normativa que al respecto emita, lo que permite inferir que no puede eximir a sus usuarios de la responsabilidad de cancelar las cuotas moderadoras o copagos, reglamentados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. II. La existencia de los pagos moderadores, copagos y pagos compartidos, tiene como justificación el principio de solidaridad sobre el que está fundado el sistema de seguridad social. El pago compartido busca asegurar el equilibrio financiero sobre el conjunto del sistema de seguridad social, de forma tal que esos aportes contribuyan a lograr el cubrimiento universal en salud. III. El Decreto 780 de 2016, reglamenta los pagos compartidos y las cuotas moderadoras: "Artículo 2.3.2.1.17. Obligación de cobrar copagos y cuotas moderadoras. Los valores correspondientes a los copagos que sean fijados por el Ministerio de Salud y Protección Social serán cobrados en forma obligatoria por parte de todas las EPS del régimen subsidiado y Entidades Promotoras de Salud (EPS), sin que haya lugar por dichas entidades a la modificación de dicho monto. Esta disposición aplicará frente a las cuotas moderadoras que sean fijadas en los regímenes contributivo y subsidiado por el Ministerio de Salud y Protección Social. En consecuencia, todas las entidades promotoras de salud y EPS del régimen subsidiado estarán obligadas a cobrar el mismo monto de copago y el mismo monto de cuota moderadora, conforme los niveles de ingreso de los afiliados que se determinen por el Ministerio de Salud y Protección Social... El valor de la cuota moderadora se calcula sobre el salario mínimo mensual diario, al que se le aplica el porcentaje que corresponde según el ingreso base de cotización determinado en salarios mínimos mensuales, es decir, el menor JUAN MANUEL PERDOMO RUIZ al pertenecer a un grupo familiar cuyos ingresos se encuentran menor a (2) SMLMV, (IBC \$1.000.000) debe pagar un valor de cuota moderadora por \$3.700 pesos Mcte. De igual manera, se tiene que, para el caso en concreto, el menor JUAN MANUEL PERDOMO RUIZ no demostró ni siquiera de manera sumaria, que: ☐ El diagnostico de (encefalopatía epiléptica secundaria tipo west y retraso en el desarrollo psicomotor), no cumple con los requisitos señalados en el Acuerdo 260 de 2004 (para ser exonerada), por cuanto no corresponde a una enfermedad de alto costo o huérfana. ☐ La accionante no demostró la carencia de capacidad de económica. ☐ La accionante no demostró la vulneración de derechos fundamentales, al realizar el pago de cuotas moderadoras. Y en cuanto al pago de copagos: Debe pagar un porcentaje del servicio, el cual corresponde al 11.50% del valor total de la factura, lo que sería por evento un valor máximo de \$272.924 y valor máximo por año (en diferentes patologías) \$546.799, valores contemplados en la normatividad vigente". Finalmente, se opone a la concesión del tratamiento integral.*

### III. Consideraciones

#### a. Procedencia de la acción

Como condición previa es necesario examinar si se dan en el caso bajo estudio los presupuestos procesales para dictar el fallo.

#### Competencia

Este Despacho es competente para conocer en primera instancia de la presente Acción de Tutela, de conformidad con el artículo 86 de la Constitución Política de Colombia, y los Decretos 2591 de 1991 y 333 de 2021, en atención a la naturaleza jurídica de la accionada.

#### Legitimación de las partes:

En el presente caso, el menor, presentó la acción de amparo con mediación de agente oficiosa, con el fin de obtener el amparo de sus derechos fundamentales presuntamente vulnerados, razón por la cual se estima legitimado para actuar en el presente proceso (C.P. art. 86º, Decreto 2591/91 art. 1º).

De otro lado, acción está dirigida en contra de la E.P.S. SANITAS, por lo que, al tratarse de una entidad perteneciente al Sistema General de Seguridad Social, a la que presuntamente se les atribuye la vulneración de los derechos fundamentales en discusión, al tenor de lo dispuesto en el numeral 2° del Artículo 42 del Decreto 2591 de 1991, la acción de tutela procede en su contra.

### **Inmediatez**

La regla general establecida en el artículo 86 de la Constitución y en el artículo 1 del Decreto 2591 de 1991, señala que la acción de tutela puede ser propuesta “en todo momento y lugar”. No obstante la Corte Constitucional ha establecido que la solicitud de amparo debe ser propuesta dentro de un plazo razonable posterior a la violación de los derechos fundamentales, como se dispuso en la Sentencia SU-961 de 1999 al señalar que *“La tutela debe interponerse dentro de un plazo razonable. La razonabilidad de este plazo está determinada por la finalidad misma de la tutela, que debe ser procedente en cada caso concreto. De acuerdo con los hechos, el juez está encargado de establecer si la tutela se interpuso dentro de un tiempo prudencial y adecuado, de tal modo que no se vulneren derechos de terceros”*.

Este Despacho considera que el requisito de inmediatez se encuentra satisfecho en el caso objeto de estudio, toda vez que la acción de tutela fue interpuesta dentro de un tiempo razonable y prudente.

### **Subsidiariedad:**

El inciso tercero del artículo 86 de la Constitución establece el carácter subsidiario de la acción de tutela al señalar, que *“Esta acción sólo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable”*. En desarrollo de la norma constitucional, el numeral 1 del artículo 6 del Decreto 2591 de 1991 reiteró que el amparo no procedería *“Cuando existan otros recursos o medios de defensa judiciales, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable”*, agregando, además, que la eficacia del medio de defensa debe ser apreciada en concreto, atendiendo a las circunstancias del caso. Dentro de esta comprensión se ha aceptado la procedencia definitiva del amparo en aquellas situaciones en las que, existiendo recursos judiciales, los mismos no sean idóneos para evitar la vulneración del derecho fundamental.

Para casos como el analizado, el Artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, establece un procedimiento especial ante la Superintendencia Nacional de Salud, sin embargo, se observa que, en el presente caso dicho procedimiento no resulta efectivo, en la medida que, delantamente el accionante es un menor de edad, sujeto de protección especial constitucional, aunado a ello padece de una enfermedad que le genera una discapacidad, de donde deviene que la falta de oportunidad en la prestación del servicio, puede llegar a afectar incluso su vida, por lo que, en aras de garantizar la protección efectiva a los derechos fundamentales a la salud, dignidad humana, y de la protección a los NNA, la acción de tutela, es el mecanismo más idóneo.

### **b. Problema jurídico.**

Corresponde a esta instancia determinar si: ¿La E.P.S. SANITAS, ha vulnerado los derechos fundamentales invocados por el menor, al no autorizar y agendar la cita con especialista en *“NEUROPEDIATRÍA”*? Aunado a ello, se resolverá sobre la petición de concesión del tratamiento integral y exoneración de copagos.

### **c. Tesis del despacho**

Considera este Juzgado que, en el presente asunto, de acuerdo al acervo probatorio e historia clínica allegada al plenario, se infiere que respecto de la cita NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA, fue agendada para el 13 de septiembre de 2022, a las 8:00 am, en la IPS NEUROCLINICA INTEGRAL SAS, razón por la cual, se presentaría un hecho superado.

Igualmente, la E.P.S. SANITAS, deberá garantizar el tratamiento integral del menor, debido a la condición de sujeto de protección especial que ostenta, respecto del diagnóstico: *"SECUELAS DE ENCEFALOPATÍA HIPOXICO ISQUEMICA SEVERA – ENCEFALOPATÍA EPILÉPTICA SECUNDARIA TIPO WEST – RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR"*, que le aqueja, lo anterior, claro está, de conformidad al concepto y bajo las indicaciones que ordene el médico tratante. Ello evitaría la presentación de acciones de tutela por cada servicio que sea prescrito por el profesional de la salud y, al mismo tiempo, la prestación continua de los servicios e insumos de salud que requiera.

Finalmente, se accederá a la exoneración de copagos en la prestación de los servicios de salud que requiera la menor, pues aun cuando la niña es beneficiaria del régimen contributivo, los recursos económicos de los que depende su núcleo familiar, son insuficientes para sufragar los costos monetarios de salud y de mínimo vital.

#### **d. Fundamentos jurisprudenciales**

#### **Derecho fundamental a la salud, su naturaleza y protección constitucional<sup>1</sup>.**

El artículo 49 de la Constitución Política de Colombia establece que el Estado tiene la obligación de garantizar a todas las personas la atención en salud, con el establecimiento de políticas para la prestación del servicio y el ejercicio de una vigilancia y control de las mismas. De ahí que el derecho a la salud tenga una doble connotación: por un lado, se constituye en un derecho subjetivo fundamental del que son titulares todas las personas y, por otro, en un servicio público de carácter esencial cuya prestación es responsabilidad el Estado. En principio, *"(...) se consideró que el alcance del derecho a la salud se limitaba a su órbita prestacional, de ahí que su materialización era programática y progresiva y su desarrollo dependía de las políticas públicas implementadas para su ejecución a través de actos legislativos o administrativos<sup>2</sup>. Posteriormente, fue reconocido jurisprudencialmente como un derecho fundamental cuando su amenaza o vulneración afecta otras garantías superiores como la vida. A continuación, se determinó que todos los derechos de la Carta son fundamentales al conectarse con los valores cuya protección, el legislador primario, pretendió elevar "a la categoría de bienes especialmente protegidos por la Constitución (...) "<sup>3, 4</sup>*

Mediante la Sentencia T-760 de 2008, la Corte estableció que la salud es un derecho fundamental autónomo *"(...) en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna (...) "<sup>5</sup>* Por su parte el legislador mediante la Ley Estatutaria 1751 de 2015<sup>6</sup>, en su artículo 2º reconoció que la salud es un derecho fundamental autónomo e irrenunciable que debe ser prestado de manera oportuna, eficaz y con calidad. La salud al ser un derecho fundamental, puede ser protegido mediante la acción de tutela cuando resulte amenazado o vulnerado y no exista otro medio idóneo de defensa judicial, supuesto que cobra mayor relevancia cuando los afectados son sujetos de especial protección constitucional, como quienes padecen enfermedades degenerativas, catastróficas y de alto costo, entre ellas, el cáncer. Este trato diferenciado tiene fundamento en el inciso 3º del Artículo 13 de la Constitución Política y en los Artículos 48 y 49 del mismo texto.

1 Sentencia T-499 de 2014.

2 T-082 de 2015.

3 Sentencia T-016 de 2007.

4 Sentencia T-081 de 2016.

5 Sentencia T-920 de 2013.

6 "Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones."

## El principio de integralidad

Según el artículo 8º de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 el derecho fundamental y servicio público de salud se rige por el principio de integralidad, según el cual los servicios de salud deben ser suministrados de manera completa y con *"independencia del origen de la enfermedad o condición de salud". En concordancia, no puede "fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario". Bajo ese entendido, ante la duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud "cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada".*

En concordancia, la Sentencia C-313 de 2014, por medio de la cual se realizó el control de constitucionalidad a la Ley 1751 de 2015, determinó que el contenido del artículo 8º implica que *"en caso de duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de aquellos cubiertos por el Estado, esta se decanta a favor del derecho"* y cualquier incertidumbre se debe resolver en favor de quien lo solicita. En concordancia, el tratamiento integral implica garantizar el acceso efectivo al servicio de salud suministrando *"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"*<sup>7</sup>. Igualmente, comprende un tratamiento sin fracciones, es decir *"prestado de forma ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad"*<sup>8</sup>.

Es importante precisar que en el proyecto de la Ley Estatutaria el mencionado artículo 8º contenía un parágrafo, según el cual se definía como tecnología o servicio de salud aquello *"directamente relacionado"* con el tratamiento y el cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico. Mediante la Sentencia C-313 de 2014 se estudió esta disposición, se puso de presente que en criterio de algunos intervinientes esta podría *"comprometer la prestación de servicios usualmente discutidos en sede de tutela"*, entre estos el *"financiamiento de transporte"*. Al respecto, la Corte señaló que, en efecto, implicaba una limitación indeterminada de acceso, en contradicción con los artículos 2º y 49 Superiores y, por consiguiente, la declaró inexecutable.

En concordancia, recientemente en las Sentencias T-171 de 2018 y T-010 de 2019 se precisó que el principio de integralidad opera en el sistema de salud no solo para garantizar la prestación de los servicios y tecnologías necesarios para que la persona pueda superar las afectaciones que perturban sus condiciones físicas y mentales, sino, también, para que pueda sobrellevar la enfermedad manteniendo su integridad y dignidad personal. Así como para garantizar el acceso efectivo. En esa medida se ha precisado que el Sistema de Seguridad Social en Salud, según el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, se estructura bajo el concepto de integralidad, que incluye la promoción, prevención, paliación, atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas. Sin embargo, no se encuentran cubiertas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud aquellas tecnologías y prestaciones excluidas expresamente por el Ministerio de Salud y Protección Social, previo el procedimiento técnico-científico señalado en el mencionado artículo. Debe precisarse que las *exclusiones* son únicamente las determinadas por dicha cartera ministerial en las listas que emite, las cuales tienen un carácter taxativo y, en concordancia con el principio de integralidad, su interpretación y aplicación debe ser restrictiva y, a la inversa, la interpretación y aplicación de las listas de *inclusiones* tienen que ser amplias<sup>9</sup>. Cabe destacar que cuando se trata de prestaciones no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, pero que tampoco se encuentran expresamente excluidas, anteriormente, el sistema garantizaba el acceso a dichos servicios cuando: (i) el médico tratante ordenaba su realización<sup>10</sup>; y, en el régimen subsidiado cuando además de la autorización médica se tuviera la (ii) aprobación del Comité Técnico Científico (CTC). Este último requisito, es decir, la aprobación por parte del CTC fue eliminado mediante la Resolución 2438 de 2018<sup>11</sup> (el término para cumplir esa disposición, inicialmente, fue el 1º de enero de 2019, plazo

<sup>7</sup>Al respecto, ver entre otras las sentencias T-872 de 2012 y T-395 de 2015.

<sup>8</sup> Sentencia T-611 de 2014.

<sup>9</sup> Sentencia T-760 de 2008, reiterada en la Sentencia T-491 de 2018.

<sup>10</sup> En el régimen contributivo mediante el aplicativo dispuesto para el efecto (MIPRES).

<sup>11</sup> Por la cual "se establece el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiados con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios"

ampliado, por medio de la Resolución 5871 de 2018, al 1º de abril de 2019). Actualmente, según el artículo 19 de la mencionada Resolución 2438 de 2018, "(l)as IPS que se encuentren habilitadas de acuerdo con la normativa vigente, deberán conformar una Junta de Profesionales de la Salud en caso de que los profesionales de la salud de su planta de personal prescriban o presten tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, con el fin de aprobar bajo criterios médicos, técnicos y de pertinencia, únicamente aquellas prescripciones de servicios complementarios, productos de soporte nutricional prescritas en el ámbito ambulatorio o medicamentos de la lista temporal de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario en los términos previstos en los artículos 44 y 45 de este acto administrativo". Puntualmente, según se dispone en el artículo 20 "(l)a obligatoriedad que tienen las IPS de conformar las Juntas de Profesionales de la Salud, está determinada por la prescripción o prestación de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, por parte de los profesionales de la salud que conforman su planta o de acuerdo al cumplimiento de las normas de habilitación del SOGCS".

**Exoneración de pago de cuotas moderadoras y copagos.**

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*. Las primeras se aplican a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios para 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. Los segundos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema; se aplican única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios del régimen contributivo.<sup>12</sup>

En el mencionado acuerdo se regulan los montos que se deben cancelar por concepto de cuotas moderadoras y copagos, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. Se establecen los principios que deben respetarse para la aplicación de los mismos. Así, de conformidad con el Artículo 5º del Acuerdo, para ese efecto deben respetarse los siguientes principios básicos: equidad, información al usuario, aplicación general y no simultaneidad<sup>13</sup>. El artículo 4º del Acuerdo aclara que las cuotas moderadoras y los copagos se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado. Específicamente en relación con los copagos, que son los que tienen relevancia en el presente caso, en el artículo 9º se establece que el valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes, de acuerdo con los parámetros que, para cada evento, se fijan en la misma disposición.<sup>14</sup> El artículo 7º de dicho Acuerdo establece que los copagos se aplicarán a todos los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud -Plan de Beneficios en Salud- con excepción de las siguientes prestaciones: Servicios de promoción y prevención, Programas de control en atención materno infantil, Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles, Enfermedades catastróficas o de alto costo y la atención inicial en urgencias.

De manera concreta, sobre las enfermedades catastróficas o de alto costo, sin perjuicio de la Resolución 2565 de 2007, la Resolución 3974 de 2009 enuncia algunas

<sup>12</sup> Ver Sentencia T-584 de 31 de julio de 2007. Al respecto, dicha sentencia define estos principios de la siguiente manera: 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

<sup>13</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-148 de 2016

<sup>14</sup> Artículo 9º. 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 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.



enfermedades de alto costo<sup>15</sup>. Asimismo, el Acuerdo 029 de 2011 y las Resoluciones 5521 de 2013 y 6408 de 2016 presentan un listado referente a los procedimientos, eventos o servicios considerados como tales de la siguiente manera: “*ARTÍCULO 129. ALTO COSTO. Sin implicar modificaciones en la cobertura del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, entiéndase para efectos del no cobro de copago los siguientes eventos y servicios como de alto costo: A. Alto Costo Régimen Contributivo: 1. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea. 2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis. 3. Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón. 4. Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central. 5. Reemplazos articulares. 6. Manejo médico quirúrgico del paciente gran quemado. 7. Manejo del trauma mayor. 8. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH/SIDA. 9. Quimioterapia y radioterapia para el cáncer. 10. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos. 11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas*”.

Sin embargo, conforme con la sentencia T-402 de 2018<sup>16</sup>, la Ley 1438 de 2011 le otorgó al Gobierno Nacional, por una parte, la obligación de realizar la actualización del POS o PBS “*una vez cada dos años atendiendo a cambios del perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, la disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos en el Plan de Beneficios*”;<sup>17</sup> y, por la otra, la evaluación integral del SGSSS cada cuatro (4) años, con base en indicadores como “*la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y en general las precursoras de eventos de alto costo*”, con la finalidad de complementarlas<sup>18</sup>. En ese sentido, conforme con la jurisprudencia constitucional, la definición y alcance de las enfermedades de alto costo no es un asunto resuelto dentro de las normas legales o reglamentarias<sup>19</sup>. Por el contrario, dicha enumeración realizada por las normas no puede considerarse de manera taxativa y cerrada en atención a que su clasificación se encuentra supeditada a la vocación de actualización del Sistema General de Seguridad Social en Salud<sup>20</sup>. Jurisprudencialmente, además de la exoneración prevista en las normas pertinentes, hay lugar a la exención de dicho pago cuando se comprueba que el usuario del servicio de salud o su familia no cuentan con recursos económicos suficientes para asumir las cuotas moderadoras, copagos o cuotas de recuperación según al régimen que se encuentre afiliado<sup>21</sup>.

En aras de no vulnerar los derechos del beneficiario la Corte ha fijado dos reglas jurisprudenciales para determinar los casos en que sea necesario eximir al afiliado del pago de las cuotas moderadoras, copagos o según el régimen al que se encuentre afiliado.<sup>22</sup> Al respecto dispuso que procederá esa exoneración *(i)* cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de los pagos moderadores.<sup>23</sup> Así la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente ofreciendo 100% del valor del servicio de salud.<sup>24</sup> 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. En este caso, 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 servicio.<sup>25</sup>

En la Sentencia T-984 de 2006<sup>26</sup>, la Corte, 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<sup>27</sup>, en razón a su estado de salud, este deberá prestársele sin sujeción a lo estipulado en la norma que contempla la

<sup>15</sup> a) cáncer de cérvix; b) cáncer de mama; c) cáncer de estómago; d) cáncer de colon y recto; e) cáncer de próstata; f) leucemia linfocítica aguda; g) leucemia mieloide aguda; h) linfoma de Hodgkin; i) linfoma no Hodgkin; j) epilepsia; k) artritis reumatoide; y, l) infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

<sup>16</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-402 de 2018.

<sup>17</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-402 de 2018.

<sup>18</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-402 de 2018.

<sup>19</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-402 de 2018.

<sup>20</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-402 de 2018.

<sup>21</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-676 de 2014.

<sup>22</sup> Ver Sentencia T-697 de 2007 y T-148 de 2016.

<sup>23</sup> 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.

<sup>24</sup> Ver Corte Constitucional. Sentencia T-743 y T-148 de 2016.

<sup>25</sup> Ver Corte Constitucional. Sentencia T-330 de 2006 y T-148 de 2016.

<sup>26</sup> El demandante se había sometido a dos cirugías de angioplastia coronaria, en la primera de ellas practicada en el 2005 se le implantó los stents coronarios convencionales no recubiertos, expresamente contemplados en el POS. Sin embargo, hacia finales del 2005 el demandante volvió al servicio de urgencias de la Fundación, donde meses antes se había realizado la operación, presentando dolor en el pecho, dificultad para caminar, subir o bajar escaleras y dificultad para respirar, por eso no debe estar sometido a pagos innecesarios.

<sup>27</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-984 de 2006.

exigibilidad de los pagos. En este sentido, 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 y de conformidad con lo indicado se concluye 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 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 fundamental<sup>28</sup>. En todo caso, será el juez constitucional el encargado de verificar 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.

#### **e. Caso concreto:**

En el asunto puesto en consideración concurren en su integridad los presupuestos trazados por la jurisprudencia constitucional para la procedencia de la acción de tutela. En el presente caso, el menor accionante, de 6 meses de edad, se encuentra afiliado en calidad de beneficiario en el régimen contributivo a la E.P.S. SANITAS, con diagnóstico de *"SECUELAS DE ENCEFALOPATÍA HIPOXICO ISQUEMICA SEVERA – ENCEFALOPATÍA EPILÉPTICA SECUNDARIA TIPO WEST – RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR"*, según se evidencia de su historia clínica, y de quien su agenciante afirma, requiere cita con *NEUROPEDIATRÍA*, la prestación del tratamiento integral y exoneración de copagos, por cuanto su núcleo familiar no cuenta con los recursos económicos suficientes para cubrir tales costos.

Delanteramente es procedente enfatizar que que el orden constitucional<sup>29</sup> y legal vigente ha sido claro en reconocer que la salud reviste la naturaleza de derecho fundamental autónomo e irrenunciable, susceptible de ser protegido por vía de acción de tutela. Lo anterior, adquiere particular relevancia tratándose de niños, niñas y adolescentes, teniendo éstos un carácter prevalente respecto de los derechos de los demás, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 44 de la Carta Política<sup>30</sup>, en el cual se establecen como derechos fundamentales de los niños *"la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social"*, precisando que la familia, la sociedad y el Estado tienen el deber de *"asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos"*. Por su parte, la Convención Internacional Sobre los Derechos del Niño<sup>31</sup> reitera expresamente el derecho de los menores de edad al disfrute del más alto nivel posible de salud y servicios para el tratamiento de las enfermedades que padezcan, así como la rehabilitación de su salud. De esta manera, prevé que *"Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho, y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: (...) b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud"*. Del mismo modo, el artículo 3.1 de dicha Convención se refiere al principio de interés superior de los niños, al exigir que en *"todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño."*

Ahora bien, tratándose de la prestación del servicio de salud requerido por menores de edad, ha señalado la Corte<sup>32</sup>, que el examen de los requisitos para el otorgamiento de prestaciones en salud debe realizarse de manera dúctil, en aras de garantizar el ejercicio pleno de los derechos de este tipo de sujetos. Así las cosas en aplicación garantista de la Carta Política se tiene que cualquier afectación a la salud de los NNA reviste una mayor gravedad, pues compromete su adecuado desarrollo

<sup>28</sup> Corte Constitucional. Sentencias T-697 de 2007 y T-148 de 2016

<sup>29</sup> T-196/18

<sup>30</sup> T-397 de 2004; T-943 de 2004; T-510 de 2003; T-864 de 2002; T-550 de 2001; T-765 de 2011 y T-610 de 2013

<sup>31</sup> Adoptada por Colombia mediante la Ley 12 de 1991.

<sup>32</sup> T-121 de 2015

físico e intelectual, razón por la cual el derecho a la salud de los NNA, debe ser garantizado de manera inmediata, prioritaria, preferente y expedita, sin obstáculos de tipo legal o económico que dificulten su acceso efectivo al Sistema de Seguridad Social en Salud.

Frente a los pedimentos del menor, es evidente que la cita con *NEUROPEDIATRÍA*, ostenta orden médica. No obstante, dentro del trámite tutelar se agendó la misma, para el para el 13 de septiembre de 2022, a las 8:00 am, en la IPS NEUROCLINICA INTEGRAL SAS, razón por la cual, se presenta un hecho superado.

En atención a la exoneración de copagos, y según las reglas jurisprudenciales señaladas párrafos pretéritos, la agenciante, sostuvo la insuficiencia económica para acceder a los servicios, que requiere el menor respecto de sus patologías. Puesto que el único ingreso que percibe su núcleo familiar es el devengado por el padre del niño, equivalente a 1SMMLV. De donde deviene que si bien, el NNA se encuentra afiliado al régimen contributivo en calidad de beneficiario, los recursos económicos de los que depende su familia, son insuficientes para sufragar los costos monetarios de salud y de mínimo vital. Asimismo, la entidad accionada no sostuvo argumento alguno sobre las condiciones económicas del núcleo familiar del accionante, pues, únicamente alega que por el hecho de pertenecer al régimen contributivo debe favorecer al sistema. Por tal motivo, y en virtud que la carga de la prueba se invierte, resulta suficiente para esta instancia judicial sostener que el menor se encuentra en una incapacidad económica para sufragar los costos que demanda el tratamiento de sus padecimientos. Por tal razón, se ordenará la exoneración de las cuotas moderadoras y copagos a que haya lugar como consecuencia del suministro de los medicamentos, citas médicas, insumos, procedimientos, cirugías, servicios y tecnologías que requiera el menor actor para garantizar el derecho a la salud, a la vida y a la dignidad humana.

Finalmente, respecto al tratamiento integral la Corporación Constitucional<sup>33</sup> ha sido reiterativa en indicar, que el tratamiento que debe proporcionársele al enfermo no se reduce a obtener la curación, pues éste debe ser encaminado a superar todas las afectaciones que pongan en peligro la vida, la integridad y dignidad de la persona, por tal razón se deben orientar los esfuerzos para que de manera pronta, efectiva y eficaz reciba los cuidados médicos tendientes a proporcionarle el mayor bienestar posibles, también es una incuestionable verdad que la Corte Constitucional<sup>34</sup> ha determinado: *"El tratamiento integral tiene la finalidad de garantizar la continuidad en la prestación del servicio de salud y evitar la interposición de acciones de tutela por cada servicio prescrito por el médico tratante del accionante"*<sup>35</sup>. *"Las EPS no pueden omitir la prestación de los servicios de salud que supongan la interrupción de los tratamientos por conflictos contractuales o administrativos, e impidan el acceso de sus afiliados a la finalización óptima de los tratamientos"*<sup>36</sup>. En esa medida, el objetivo final del tratamiento integral consiste en *"asegurar la atención (...) de las prestaciones relacionadas con las afecciones de los pacientes"*<sup>37</sup>. Por lo general, se ordena cuando ***(i)** la entidad encargada de la prestación del servicio ha sido negligente en el ejercicio de sus funciones y ello ponga en riesgo los derechos fundamentales del paciente*<sup>38</sup>. *Igualmente, se reconoce cuando **(ii)** el usuario es un sujeto de especial protección constitucional (como sucede con los menores de edad, adultos mayores, indígenas, desplazados, personas con discapacidad física o que padezcan enfermedades catastróficas); o con aquellas **(iii)** personas que "exhiben condiciones de salud extremadamente precarias e indignas"*<sup>39</sup>. *El juez constitucional en estos casos debe precisar el diagnóstico que el médico tratante estableció respecto al accionante y frente al cual recae la orden del tratamiento integral. Lo dicho teniendo en consideración que no resulta posible dictar órdenes indeterminadas ni reconocer prestaciones futuras e inciertas; lo contrario implicaría presumir la mala fe de la EPS en relación con el cumplimiento de sus deberes y las obligaciones con sus afiliados, en contradicción del artículo 83 Superior"* (Se subraya).

De donde deviene que es la entidad accionada, quien debe garantizar el tratamiento integral del NNA, debido a la condición de sujeto de protección especial que ostenta, respecto de los diagnósticos: *"SECUELAS DE ENCEFALOPATÍA HIPOXICO ISQUEMICA SEVERA – ENCEFALOPATÍA EPILÉPTICA SECUNDARIA TIPO WEST – RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR"*, que lo aqueja, lo anterior, claro está, de conformidad al concepto y bajo las indicaciones

<sup>33</sup> T-014 de 2017

<sup>34</sup> T-746 de 2009; T-634 de 2008

<sup>35</sup> Sentencia T-365 de 2009.

<sup>36</sup> Sentencia T-124 de 2016.

<sup>37</sup> Sentencia T-178 de 2017.

<sup>38</sup> Sentencias T-702 de 2007 y T-727 de 2011, posición reiteradas en la Sentencia T-092 de 2018.

<sup>39</sup> Ver Sentencias T-062 y T-178 de 2017.

que ordene el médico tratante. Ello evitaría la presentación de acciones de tutela por cada servicio que sea prescrito por el profesional de la salud y, al mismo tiempo, la prestación continua de los servicios e insumos de salud que requiera.

Finalmente, al no haberse observado vulneración alguna de derechos por parte de las entidades, SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE PALMIRA- VALLE; SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA; FUNDACIÓN VALLE DEL LILI; FUNDACIÓN ESPECIALIZADA EN DESARROLLO INFANTIL (FEDI); INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR; PROCURADURÍA DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA; MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL; ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD – ADRES, se las desvinculará del presente trámite constitucional.

#### IV. Decisión

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL DE PALMIRA -VALLE DEL CAUCA**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

#### Resuelve

**PRIMERO: TUTELAR** los derechos fundamentales a la salud, la vida, mínimo vital y dignidad humana, invocados por el menor J.M.P.R., identificado con NUIP 1.191.225.220, actuando con mediación de agente oficiosa, contra la E.P.S. SANITAS, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

**SEGUNDO: ORDENAR** a la E.P.S. SANITAS, a través de su representante legal y/o quien designen para el efecto, que en el término perentorio de CUARENTA Y OCHO (48) HORAS, siguientes a la notificación de la presente decisión, si aún no lo ha garantice al menor J.M.P.R., identificado con C.C. número 1.191.225.220, el tratamiento integral, respecto del diagnóstico: "*SECUELAS DE ENCEFALOPATÍA HIPOXICO ISQUEMICA SEVERA – ENCEFALOPATÍA EPILÉPTICA SECUNDARIA TIPO WEST – RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR*", de conformidad al concepto del médico tratante.

**TERCERO: EXONERAR** del pago de copagos y cuotas moderadoras al menor J.M.P.R., identificado con C.C. número 1.191.225.220, a que haya lugar respecto de: medicamentos, citas médicas, insumos, procedimientos, cirugías, servicios y demás tecnologías que requiera el menor actor, para garantizar el derecho a la salud respecto del diagnóstico: "*SECUELAS DE ENCEFALOPATÍA HIPOXICO ISQUEMICA SEVERA – ENCEFALOPATÍA EPILÉPTICA SECUNDARIA TIPO WEST – RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR*". En la forma dispuesta por el médico tratante.

**CUARTO: DECLARAR** hecho superado frente a la cita de *NEUROPEDIATRÍA*.

**QUINTO: DESVINCÚLESE** a las entidades SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE PALMIRA- VALLE; SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA; FUNDACIÓN VALLE DEL LILI; FUNDACIÓN ESPECIALIZADA EN DESARROLLO INFANTIL (FEDI); INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR; PROCURADURÍA DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA; MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL; ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD – ADRES

**SEXTO: NOTIFÍQUESE** esta decisión a las partes por el medio más expedito, conforme a lo previsto en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1.991.

**SÉPTIMO:** Este fallo de tutela podrá ser impugnado sin perjuicio de su cumplimiento inmediato como lo estipula el artículo 31 del Decreto 2591 de 1991. En caso de ser impugnado, se enviará de manera inmediata al Juez Civil del Circuito –Reparto- de esta ciudad. De no ser impugnada la decisión, **REMÍTANSE** estas diligencias oportunamente a la Corte Constitucional para su eventual **REVISIÓN** conforme a lo previsto en el art. 32 *ibídem*.

## **NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

**ERIKA YOMAR MEDINA MERA**  
**JUEZA**

Firmado Por:  
Erika Yomar Medina Mera  
Juez Municipal  
Juzgado Municipal  
Civil 002  
Palmira - Valle Del Cauca

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: **db2349d7c8eaad1a78c40b0d04b350c305104d5301a40ddc3d20d1c4e3458c31**

Documento generado en 06/09/2022 09:59:11 AM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:**

**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**