



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

Sentencia n.º 180

Palmira, Valle del Cauca, noviembre veintiuno (21) de dos mil veintidós (2022).

PROCESO:	Acción de tutela
ACCIONANTE:	Luis Arley Castillo Ortíz – C.C. Núm. 16.262.203
ACCIONADO(S):	E.P.S.Sanitas S.A. y Clínica Sebastian de Belalcazar
RADICADO:	76-520-40-03-002-2022-00454-00

I.Asunto

Procede el Despacho a proferir el fallo que resuelva la acción de tutela instaurada por LUÍS ARLEY CASTILLO ORTÍZ, identificado con cédula de ciudadanía número 16.262.203, actuando con intermediación de agente oficiosa, contra E.P.S. SANITAS S.A. y CLÍNICA SEBASTIAN DE BELALCAZAR, por la presunta vulneración a su derecho constitucional fundamental a la salud, vida, integridad personal y seguridad social.

II. Antecedentes

1. Hechos.

Informa la agenciante que, su señor padre LUÍS ARLEY CASTILLO ORTÍZ, se encuentra afiliado a EPS SANITAS S.A., con 63 años de edad, presenta diagnóstico: *"PÁRPADOS CAÍDOS QUE PRODUCE COMPROMISO CAMPO VISUAL BILATERAL"*, en razón a ello, su médico tratante le ordenó: *"CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCIÓN EXTERNA DEL ELEVADOR VÍA ANTERIOR – BILATERAL PTOSIS DE LA COLA DE LA CEJA VÍA TRANSPALPEBRAL BILATERAL; BEFAROPLASTIA SUPERIOR BILATERAL"*. No obstante, la E.P.S. SANITAS, no lo ha autorizado, situación que genera deterioro en su salud.

2. Pretensiones.

Por lo anterior, solicita que se ordene a E.P.S. SURA, autorice y practique el citado procedimiento, se exonere de cuotas moderadoras y copagos y se garantice el tratamiento integral a sus padecimientos.

3. Trámite impartido.

El despacho mediante proveído 2312 de 4 de noviembre de 2022, concedió la medida provisional solicitada, ordenó la vinculación de las entidades: SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE PALMIRA, VALLE; SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA; OFTALMOSÁNTAS CALI SAS; CLÍNICA COLSÁNTIAS; MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL y 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:

- Cédula de ciudadanía LUÍS ARLEY CASTILLO ORTIZ
- Historia Clínica
- Orden médica

5. Respuesta de la accionada y vinculadas.

La Jefe del Grupo de Acciones Constitucionales del Ministerio de Salud y Protección Social, delantadamente 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.

El abogado de la Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES, De entrada da a conocer el marco normativo y jurisprudencia del caso en concreto, para establecer que se presenta una falta de legitimación en la causa por pasiva, para luego centrar su estudio en 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. Para finalizar diciendo debe negarse el amparo solicitado en lo que respecta a su representada, como también implora 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 Secretaría de Salud Municipal, asevera que, el accionante se encuentra afiliado al sistema de seguridad social, en la EPS SANITAS S.A. Por lo tanto le corresponde a dicha E.P.S., autorizar y gestionar la prestación de los servicios de salud con su red de IPS contratada dentro de los parámetros de la Ley. En virtud de ello, solicita su desvinculación de este trámite, ya que corresponde a las aseguradoras y prestadores, cumplir con los requerimientos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

La Representante Legal Judicial de EPS SANITAS, delantadamente expone que el procedimiento "CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCIÓN EXTERNA DEL ELEVADOR VÍA ANTERIOR – BILATERAL PTOSIS DE LA COLA DE LA CEJA VÍA TRANSPALPEBRAL BILATERAL; BEFAROPLASTIA SUPERIOR BILATERAL", se encuentra autorizado, a través de la IPS OFTALMOSANITAS, quien manifestó que se agendo para el 29 de noviembre del año en curso.

Seguidamente, aduce que el señor LUÍS ARLEY CASTILLO ORTÍZ, se encuentra afiliado a dicha entidad en calidad de cotizante activo, en el Plan de beneficios de salud de su representada desde el 3 de noviembre de 1.998 en calidad de Cotizante pensionado, reporta un IBC equivalente a \$1.138.100. Respecto del caso concreto señala que el requerimiento del actor fue debidamente gestionado por la entidad y que en la actualidad no se encuentran otros requerimientos pendientes y al paso solicita se nieguen las demás pretensiones, por n cumplir con los requisitos exigidas para ello.

El Representante de OFTALMOSÁNITAS S.A. informa: "En atención al escrito de tutela, respecto al tema de la referencia, el área médica de esta institución informó que el Señor LUIS ARLEY CASTILLO ORTIZ tiene autorización de parte de su EPS para la realización de los procedimientos denominados CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCION EXTERNA DEL ELEVADOR VÍA ANTERIOR, BILATERAL y BLEFAROPLASTIA SUPERIOR, y que los mismos serán realizados el próximo 29 de noviembre de 2022".

La Jefe Oficina Asesora Jurídica de la Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca, en su escrito de contestación argumenta: Afirma: El accionante se encuentra activo en la entidad administradora de Plan de Beneficios (EAPB) Sanitas EPS S.A., quien deberá garantizar en forma integral y oportuna los servicios, suministros, medicamentos, se encuentren o no descritos dentro del plan de beneficios conforme a lo indicado por su médico tratante conforme lo dispuesto en el art. 231 de la Ley 1955 de 2019 del 25 e mayo de 2019, a través de la Clínica Sebastián de Belalcazar o de las IPS de la red pública o privada con las cuales tenga contrato de prestación de servicios de salud, o adquirirlo de no tenerlo para tal fin.

"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 SERVICIOS DE SALUD 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. En ese sentido, cuando se afecta la atención de un paciente con ocasión de circunstancias ajenas al afiliado y que se derivan la forma en que la entidad cumple su labor, se desconoce el derecho fundamental a la salud de los afiliados, porque se obstaculiza su ejercicio por cuenta del traslado injustificado, desproporcionado y arbitrario de las cargas administrativas de las EPS a los afiliados. Respecto a la SOLICITUD DE EXONERACION DE COPAGOS indicamos que como sumas de dinero que se exigen en la regulación vigente a partir de la cual se establece que "Las Entidades Promotoras en Salud, aplicarán sin discriminación alguna a todos los usuarios tanto los copagos como las cuotas moderadoras, que previamente hayan establecido, jurisprudencialmente se ha establecido que además de la exoneración explícita prevista en el artículo 1 de la Resolución 3974 de 2009 como de alto costo , y en la Ley 1122 de 2007, Capítulo IV, artículo 14, literal , g) que refiere que los afiliados del régimen subsidiado en salud clasificados en el nivel 1 del Sisbén o el instrumento que lo remplace están exentos de pagar copagos cualquiera sea la edad y el servicio o la causa de la atención , también estarán sujetas a la exoneración del cobro de copagos, cuando se comprueba que el usuario del servicio de salud o su familia no cuentan con recursos económicos suficientes para a sumir las cuotas moderadoras, copagos o cuotas de recuperación según el régimen al que se encuentre afiliado. De manera que es el señor Juez de Tutela, quien de acuerdo a las normas de la sana crítica y los lineamientos establecidos, deberá discernir si la capacidad de pago del usuario, amerita dicha EXONERACIÓN"

El Representante Legal de la Clínica Colsanitas, en su escrito defensivo expone: "En primer lugar informamos a usted señor Juez, que la IPS CLÍNICA SEBASTIÁN DE BELALCAZAR es un establecimiento de comercio propiedad de CLINICA COLSANITASS.A., y que dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud desarrolla sus funciones como Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS); por lo tanto, presta servicios directos de salud a usuarios afiliados a diferentes Aseguradoras, Entidades Promotoras de Servicios de Salud y Compañías de Medicina Prepagada, dependiendo de los contratos suscritos con estas Empresas. Como podrá observar su señoría, la CLINICA COLSANITAS S.A es solo una Institución Prestadora de Servicios de Salud que realiza la prestación de los mismos de acuerdo con los vínculos comerciales suscritos. Las IPS no responden por las actividades administrativas que se generan por una relación entre usuarios y una E.P.S. o empresas de Medicina Prepagada. En otras palabras, la I.P.S. presta un servicio de salud, mientras

que las EPS y las compañías de Medicina Prepagada gestionan y otorgan la cobertura económica de dicha prestación, la cual es cancelada a la I.P.S. una vez prestado el servicio. 2. De acuerdo a los hechos narrados en el expediente, la Señora MARÍA DEL MAR CASTILLO BENAVIDES solicita que su EPS y la CLÍNICA SEBASTIÁN DE BELALCAZAR autoricen y programen unos procedimientos requeridos por el Señor LUIS ARLEY CASTILLO ORTIZ, pretensiones que no son del resorte de esta institución, por cuanto la clínica ofrece atención médica asistencial, de conformidad con las remisiones que realizan las EPS relacionadas con nuestra oferta institucional, lo cual no ha ocurrido en el presente caso pues a la fecha, la EPS SANITAS no ha emitido ninguna autorización para que el agenciado sea valorado en esta institución. 3. Conforme a lo anterior, se solicita de manera respetuosa a su despacho que DESVINCULE de la presente acción constitucional a la CLÍNICA SEBASTIÁN DE BELALCAZAR, por cuanto esta IPS no ha vulnerado derecho fundamental alguno al Señor LUIS ARLEY CASTILLO ORTIZ. 4. Debe tener en cuenta el Despacho que de acuerdo con el Capítulo Único del Decreto 1485 de 1994 las Entidades Promotoras de Salud (EPS) son las encargadas legalmente de la parte administrativa de la prestación de los servicios de salud, actividad dentro de la que se encuentra la garantía de la efectivización de los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud.”

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 6 de abril de 2021.

Legitimación de las partes:

En el presente caso, el señor LUÍS ARLEY CASTILLO ORTIZ, presentó 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 legitimada 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 2º 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, el paciente es un sujeto de protección especial, ello en tanto adulto mayor y 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 al derecho fundamental a la salud, 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 señor LUÍS ARLEY CASTILLO ORTIZ, al no autorizar y agendar el procedimiento: "*CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCIÓN EXTERNA DEL ELEVADOR VÍA ANTERIOR – BILATERAL PTOSIS DE LA COLA DE LA CEJA VÍA TRANSPALPEBRAL BILATERAL; BEFAROPLASTIA SUPERIOR BILATERAL*", ordenado por su médico tratante? Aunado a ello, se resolverá sobre la concesión de tratamiento integral y exoneración de cuotas moderadoras y copagos.

c. Tesis del despacho

Considera el despacho que en el devenir procesal del presente amparo constitucional desapareció la afectación invocada frente al derecho de la salud respecto al procedimiento: "*CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCIÓN EXTERNA DEL ELEVADOR VÍA ANTERIOR – BILATERAL PTOSIS DE LA COLA DE LA CEJA VÍA TRANSPALPEBRAL BILATERAL; BEFAROPLASTIA SUPERIOR BILATERAL*", presentándose así el fenómeno jurídico de la carencia actual de objeto por hecho superado.

De otra parte, se evidencia de las pruebas allegadas al plenario, que el accionante no cumple con los requerimientos exigidos por la Corte Constitucional a fin de exonerarse del pago de cuotas moderadoras y/o copagos, aunado a ello, se negará la concesión del tratamiento integral, pues los argumentos presentados en este amparo no son suficientes para prever que la entidad tendrá un comportamiento negligente de cara a las nuevas solicitudes que puedan presentarse para superar la patología que afecta al petente.

d. Fundamentos jurisprudenciales

Derecho fundamental a la salud, su naturaleza y protección constitucional¹.

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

¹ Sentencia T-499 de 2014.

esencial cuya prestación es responsabilidad del 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 administrativos². 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 (...)"³.

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 (...)"⁴ Por su parte el legislador mediante la Ley Estatutaria 1751 de 2015⁵, 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, presupuesto 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.

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.⁷

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 simultaneidad⁸. 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**, 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.⁹ El artículo 7º de dicho Acuerdo establece que los copagos

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."

⁷ 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

⁸ Corte Constitucional. Sentencia T-148 de 2016

⁹ 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

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 enfermedades de alto costo¹⁰. 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 2018¹¹, 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";¹² 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 complementarlas¹³. 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 reglamentarias¹⁴. 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 Salud¹⁵. 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 afiliado¹⁶.

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.¹⁷ 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.¹⁸ 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.¹⁹ 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

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.

¹⁰ 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 mielocítica 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).

¹¹ Corte Constitucional. Sentencia T-402 de 2018.

¹² Corte Constitucional. Sentencia T-402 de 2018.

¹³ Corte Constitucional. Sentencia T-402 de 2018.

¹⁴ Corte Constitucional. Sentencia T-402 de 2018.

¹⁵ Corte Constitucional. Sentencia T-402 de 2018.

¹⁶ Corte Constitucional. Sentencia T-676 de 2014.

¹⁷ Ver Sentencia T-697 de 2007 y T-148 de 2016

¹⁸ 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.

¹⁹ Ver Corte Constitucional. Sentencia T-743 y T-148 de 2016

adecuadas, sin que la falta de pago pueda convertirse en un obstáculo para acceder a la prestación del servicio.²⁰

En la Sentencia T-984 de 2006²¹, 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 urgencia²², 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, 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."*

Carencia actual de objeto por hecho superado

La jurisprudencia de la Corporación Constitucional, en reiteradas oportunidades, ha señalado que la carencia actual de objeto sobreviene cuando frente a la petición de amparo, la orden del juez de tutela no tendría efecto alguno o *"caería en el vacío"*²³. Al respecto se ha establecido que esta figura procesal, por regla general, se presenta en aquellos casos en que tiene lugar un daño consumado o un hecho superado.

El *hecho superado* tiene ocurrencia cuando lo pretendido a través de la acción de tutela se satisface y desaparece la vulneración o amenaza de los derechos fundamentales invocados por el demandante, de suerte que la decisión que pudiese adoptar el juez respecto del caso específico resultaría a todas luces inocua y, por lo tanto, contraria al objetivo de protección previsto para el amparo constitucional²⁴. En este supuesto, no es perentorio incluir en el fallo un análisis sobre la vulneración de los derechos fundamentales cuya protección se demanda, salvo *"si considera que la decisión debe incluir observaciones acerca de los hechos del caso estudiado, [ya sea] para llamar la atención sobre la falta de conformidad constitucional de la situación que originó la tutela, o para condenar su ocurrencia y advertir la inconveniencia de su repetición, so pena de las sanciones pertinentes, si así lo considera. De otro lado, lo que sí resulta ineludible en estos casos, es que la providencia judicial incluya la demostración de la reparación del derecho antes del momento del fallo. Esto es, que se demuestre el hecho superado"*²⁵. Precisamente, en la Sentencia T-045 de 2008, se establecieron los siguientes criterios para determinar si, en un caso concreto, se está o no en presencia de un hecho superado, a saber: *"1. Que con anterioridad a la interposición de la acción exista un hecho o se carezca de una determinada prestación que viole o amenace violar un derecho fundamental del accionante o de aquél en cuyo favor se actúa. 2. Que durante el trámite de la acción de tutela el hecho que dio origen a la acción que generó la vulneración o amenaza haya cesado. 3. Si lo que se pretende por medio de la acción de tutela es el suministro de una prestación y, dentro del trámite de dicha acción se satisface ésta, también se puede considerar que existe un hecho superado."*

e. Caso concreto:

Descendiendo al caso puesto en consideración, muestran las probanzas acopiadas al presente trámite, que el señor LUÍS ARLEY CASTILLO ORTIZ, de 63 años de edad, se encuentra afiliado a la EPS SANITAS, en el régimen contributivo, quien presenta un diagnóstico de: *"BIEFAROPTOSIS BILATERAL; OTROS TRASTORNOS DE LA REFRACCIÓN BILATERAL"*, según se evidencia de su historia clínica. En razón de ello, su médico tratante le recomendó la práctica del procedimiento: *CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCIÓN EXTERNA DEL ELEVADOR VÍA ANTERIOR – BILATERAL PTOSIS DE LA COLA DE LA CEJA VÍA TRANSPALPEBRAL BILATERAL; BEFAROPLASTIA SUPERIOR BILATERAL"*.

²⁰ Ver Corte Constitucional. Sentencia T-330 de 2006 y T-148 de 2016

²¹ 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.

²² Corte Constitucional. Sentencia T-984 de 2006.

²³ Sentencia T-235 de 2012, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto, en la cual se cita la Sentencia T-533 de 2009, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

²⁴ Sentencia T-678 de 2011, M.P. Juan Carlos Henao Pérez, en donde se cita la Sentencia SU-540 de 2007, M.P. Álvaro Tafur Galvis. Al respecto, el artículo 26 del Decreto 2591 de 1991 dispone que: "[s]i, estando en curso la tutela, se dictare resolución, administrativa o judicial, que revoque, detenga o suspenda la actuación impugnada, se declarará fundada la solicitud únicamente para efectos de indemnización y de costas, si fueren procedentes".

²⁵ Sentencia T-685 de 2010, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto

Por lo anterior, éste despacho pudo constatar que durante el trámite tutelar cesó la conducta que dio origen al presente amparo constitucional y que fundamentó la pretensión invocada, respecto de dicho procedimiento, lo anterior se evidencia de las contestaciones allegadas al despacho por la EPS SANITAS y la IPS OFTALMOSÁNTAS S.A, en las cuales determinan que el mismo se practicará el próximo 29 de noviembre, situación corroborada con la agenciante, quien manifiesta que según su sentir, solo se autorizó una cita oftalmológica y no la cirugía en cuestión. No obstante, de los documentos allegados, se reitera, se constata que corresponde a dicha cirugía. En este orden de ideas, se reitera, que se encuentra satisfecha la reclamación que motivó la acción de tutela respecto de tal requerimiento. Es de advertir, que la jurisprudencia de la Corporación Constitucional, en reiteradas oportunidades, ha señalado que la carencia actual de objeto sobreviene cuando frente a la petición de amparo, la orden del juez de tutela no tendría efecto alguno o "caería en el vacío"²⁶. Al respecto se ha establecido que esta figura procesal, por regla general, se presenta en aquellos casos en que tiene lugar un daño consumado o un hecho superado tal y como ocurre en el presente caso.

En atención a la exoneración de copagos y cuotas moderadoras, y según las reglas jurisprudenciales señaladas párrafos pretéritos, la agenciante, no ofreció ninguna motivación de su pretensión. No obstante, del acervo probatorio se estableció que el actor tiene un ingreso base de cotización equivalente a \$1.138.100, como cotizante pensionado. Aunado a ello, de la información brindada en memorial el pasado 9 de noviembre, se estableció que el núcleo familiar del actor cuenta con la posibilidad de ayudarlo económicamente, cuanto sea necesario en virtud del principio de solidaridad, es por ello, que en el plenario no se demostró una incapacidad económica para sufragar los costos que demanda el tratamiento de sus padecimientos, amén de que el diagnóstico del paciente no es considerado de alto costo. 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 prestados²⁷.

Frente al tratamiento integral la Corporación Constitucional²⁸ 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 Constitucional²⁹ 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"*³⁰. *"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"*³¹. *En esa medida, el objetivo final del tratamiento integral consiste en "asegurar la atención (...) de las prestaciones relacionadas con las afecciones de los pacientes"*³². *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"*³³. *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"*³⁴. *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). Por lo anterior, si bien el accionante es un sujeto de protección especial, ello en tanto adulto mayor, lo cierto es que no se ha comprobado la negligencia de la EPS

²⁶ Sentencia T-235 de 2012, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto, en la cual se cita la Sentencia T-533 de 2009, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

²⁷ Corte Constitucional. Sentencias T-697 de 2007 y T-148 de 2016

²⁸ T-014 de 2017

²⁹ T-746 de 2009; T-634 de 2008

³⁰ Sentencia T-365 de 2009.

³¹ Sentencia T-124 de 2016.

³² Sentencia T-178 de 2017.

³³ Sentencias T-702 de 2007 y T-727 de 2011, posición reiteradas en la Sentencia T-092 de 2018.

³⁴ Ver Sentencias T-062 y T-178 de 2017.

accionada en la prestación del servicio de salud, pues, los servicios aquí solicitados, fueron autorizados y agendados, de donde deviene que la pretensión formulada encaminada a que se ordene a la demandada ofrecerle un tratamiento integral, no podrá salir avante, habida cuenta que los argumentos presentados en este amparo no son suficientes para presumir el incumplimiento a las solicitudes del petente a o las que puedan presentarse, amén que no resulta lógico otorgar la protección de derechos a futuro e inciertos³⁵.

De otro lado se tiene, que la medida provisional decretada por este despacho, fue una orden preventiva y urgente para proteger los derechos fundamentales invocados mientras se pronuncia una decisión definitiva en el asunto respectivo y por ende por sustracción de materia, el trámite incidental formulado con ocasión de la garantía provisional, deberá ser archivado, en atención a la presente sentencia.

Finalmente, al no haberse observado vulneración alguna de derechos por parte de las entidades, SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE PALMIRA, VALLE; SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA; OFTALMOSÁNTAS CALI SAS; CLÍNICA COLSÁNTAS; MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD -ADRES, CLÍNICA SEBASTIAN DE BELALCAZAR, a quienes, 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: DECLARAR la carencia actual de objeto por *hecho superado* respecto, dentro de la acción de tutela impetrada por LUÍS ARLEY CASTILLO ORTÍZ, identificado con cédula de ciudadanía número 16.262.203, con mediación de agente oficiosa respecto del requerimiento: *CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCIÓN EXTERNA DEL ELEVADOR VÍA ANTERIOR – BILATERAL PTOSIS DE LA COLA DE LA CEJA VÍA TRANSPALPEBRAL BILATERAL; BEFAROPLASTIA SUPERIOR BILATERAL*“. Por lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: NEGAR la solicitud de tratamiento integral y exoneración de cuotas moderadoras y copagos por lo advertido en precedencia.

TERCERO: Por sustracción de materia, ORDENAR el archivo del trámite incidental 76520400300220220045401.

CUARTO: DESVINCÚLESE a las entidades SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE PALMIRA, VALLE; SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA; OFTALMOSÁNTAS CALI SAS; CLÍNICA COLSÁNTAS; MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD -ADRES, CLÍNICA SEBASTIAN DE BELALCAZAR.

QUINTO: 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.

SEXTO: 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

³⁵ T-032/18

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: **5db028c2d1549d0aa957d2af20098b2d96e9cb309052b9c8f4c052819f0e8055**

Documento generado en 21/11/2022 10:37:20 AM

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