



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

**Sentencia n.º 83**

Palmira, Valle del Cauca, octubre veintiuno (21) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO:	Acción de tutela
ACCIONANTE:	H.J.D.H.
ACCIONADO(S):	E.P.S. Servicio Occidental de Salud "S.O.S."
RADICADO:	76-520-40-03-002-2021-00341 -00

**I. Asunto**

Procede el Despacho a proferir el fallo que resuelva la acción de tutela instaurada por la menor H.J.D.H, identificada con NUIP 1.114.902.542, actuando con mediación de agente oficiosa, contra la E.P.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD "S.O.S.", por la presunta vulneración a su derecho constitucional fundamental a la salud, vida, vida digna, seguridad social y petición.

**II. Antecedentes**

**1. Hechos.**

Informa la agenciante, que la menor de 3 años de edad padece de los diagnósticos: *"NEUMONÍA BACTERIANA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CON NECESIDAD DE VENTILACION MECÁNICA, TRASTORNO DEGLUTORIO, GASTROSTOMIA, REFLUJO GASTROESOGICO PRODUCTO DE EMBARAZO GEMELAR, HIPOXIA CEREBRAL PERINATAL, PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL, EPILEPSIA CRISIS MOTORA GENERALIZADAS, LEUCODITROFIA A ESTUDIO, LEUCOENCEFALOPATIA MEGALOENCEFÁLICA, RETRASOGLOBAL DEL DESARROLLO SEVERO"*. Afirma que a los varios requerimientos de salud, como hospitalizaciones, insumos, medicamentos, entre otros, debe cancelar altos costos por concepto de copagos, debiendo recurrir a préstamos particulares para solventar tal situación, ya que no cuentan con los recursos económicos suficientes para sufragar dichos gastos. Razón por la cual formuló derecho de petición ante la EPS accionada, el cual hasta la fecha no ha brindado respuesta.

**2. Pretensiones.**

Por lo anterior, se solicita que se ordene a la E.P.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD "S.O.S.", la exoneración de copagos, se suministre los insumos como leche, pañales, crema y pañitos que requiera la menor y se garantice el tratamiento integral de sus padecimientos.

**3. Trámite impartido.**

El despacho mediante proveído 1981 de 8 de octubre de 2021, procedió a su admisión, ordenando la vinculación de las entidades: SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL; CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD - SANTANGEL SAS IPS; FUNDACIÓN CLÍNICA INFANTIL CLUB NOEL- CALI; DROGUERÍA EVEDISA – PALMIRA; EVE DISTRIBUCIONES SAS; MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL; ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD – ADRES; INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR; PROCURADURÍA DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA, 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:

- Derecho de petición de 24/08/2021
- Ordenes médicas
- Historia Clínica
- Registro Civil H.J.D.H.
- Cédula de ciudadanía ANGÉLICA MARÍA HINESTROZA NÚÑEZ

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

La Directora Jurídica de la Fundación Clínica Infantil Club Noel, Afirma que dicha entidad presta servicios de salud a todas las E.P.S, entre las cuales se encuentra SOS EPS. Informa que la menor ha sido atendida por las especialidades de Pediatría, Neurología, Hospitalización, Gastroenterología, Fisiatría, Genética, donde la última vez que consultó, fue el 4 de mayo al 14 de agosto que estuvo hospitalizada. Aduce que el procedimiento, en tal fundación, es que se le entregan las órdenes al acompañante de la menor para que las haga autorizar de su entidad aseguradora. Como IPS (Institución Prestadora de Servicios de Salud), para luego, generar las órdenes y solicitudes de autorizaciones, para que la entidad de aseguramiento expida las respectivas autorizaciones, para cualquiera de las IPS con las que tenga contrato le puede prestar los servicios de manera oportuna. Finalmente, asegura que no es la EPS a la cual se encuentra afiliada debe garantizar los requerimientos solicitados en la acción de tutela.

El Representante Legal del Centro de Servicios de Salud Santángel IPS SAS, informa que dicha entidad es una Institución Prestadora de Servicios de Salud, que presta sus servicios de atención médica domiciliaria (Homecare) a los usuarios afiliados al Régimen contributivo y subsidiado de Servicio Occidental de Salud EPS. En desarrollo de esta actividad, el Centro de Servicios de Salud Santángel SAS, ha prestado con oportunidad, eficiencia y eficacia los servicios de salud demandados por la accionante, y previamente autorizados por la EPS, tal y como se evidencia en los soportes adjuntos, de los cuales se advierte la atención domiciliaria por Médico General, Fisioterapeuta, Fonoaudiología, Terapia Respiratoria y Cuidados de enfermería. Informa que producto de estos servicios, no ha realizado cobros o recaudos por concepto de copagos y/o cuotas moderadoras, más aun cuando estos no han sido previamente autorizados por la EPS a la cual se encuentra afiliada la menor, máxime cuando la cuota moderadora y/o copagos no es obstáculo para la prestación de los servicios de salud.

El abogado de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, delantamente hace referencia al marco normativo y jurisprudencial aplicable, a los mecanismos de financiación de la cobertura integral para el suministro de servicios y tecnologías en salud, la falta de legitimación en la causa, para luego afirmar 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 esta Entidad, para lo cual reitera 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, finalmente, solicita la negación de la facultad de recobro toda vez que la ADRES ya GIRÓ a la EPS los recursos de los servicios no financiados por la Unidad de Pago por Capitación, además cuenta con los recursos de la Unidad de Pago por Capitación para suministrar los servicios que requiere la accionante.

La Apoderada de EVE DISTRIBUCIONES S.A.S, delantamente, asevera que la actividad económica principal de EVEDISA, consiste en el comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos y de tocador, conforme el cual se

tiene vínculo contractual comercial con SOS EPS, para el suministro de medicamentos, insumos y/o dispositivos médicos a sus afiliados, previa generación de Orden de prestación de servicios (OPS) y la presentación de la misma o de la fórmula en el dispensario (según si el medicamento requiere o no OPS) y atendiendo a términos contractuales. Es por esto que nuestro pronunciamiento está dirigido a las peticiones que tienen que ver con nuestro objeto social y contractual y no sobre aquellas relacionadas con servicios que prestan las IPS u otros actores del sistema de salud, tales como citas, tratamientos y conexos, autorizaciones, entre otros. Sobre el caso concreto, informa, que actualmente no se tienen pendientes con la usuaria. Tampoco se encuentra que en su escrito de tutela relacione formulas o autorizaciones que no hayan sido entregadas hasta el momento. Finalmente, aclara que lo que hasta ahora le ha entregado mi representada, corresponde a las cantidades autorizadas por la EPS.

El Coordinador del Grupo Jurídico del ICBF Regional Valle de Cauca, primigeniamente indica que, que no hay lugar a emitir pronunciamiento sobre la veracidad de los hechos reseñados en el marco de la prestación del servicio de salud en tanto la presunta transgresión a los derechos fundamentales no proviene del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, correspondiéndole a la entidad prestadora de servicios de salud SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD E.P.S., dar claridad sobre los supuestos enrostrados por la parte accionante, para luego afirmar que con el caso expuesto en sede de tutela, a dicha entidad no le constan los hechos aducidos, pues la accionante no ha elevado ninguna solicitud sobre el particular. Adicionalmente, el ICBF carece de competencias para la garantía del derecho a la salud de la menor, si se tiene en cuenta que lo pretendido es la atención médica, exámenes, insumos, transporte, así como la exoneración de copagos, por parte de la E.P.S. SOS, de cara a su diagnóstico actual, que el NNA requiere la atención integral en salud.

Igualmente, se debe resaltar que corresponde a la entidad prestadora de salud garantizar el derecho reclamado por la parte accionante a favor del NNA cuyos derechos agencia en este trámite constitucional, en tanto agente que forma parte del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, cuyos actores que deben propender a garantizar los derechos fundamentales a "la vida, la integridad física, la salud " de los NNA, adquiriendo particular relevancia tratándose de NNA, cuyos derechos son prevalentes respecto de los derechos de los demás de conformidad con lo dispuesto en el artículo 44 de la Carta Política, más si se tiene en cuenta 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", a lo que debe sumarse que, la Ley de Infancia y Adolescencia Ley 1098 de 2006 establece específicamente en el Art. 46 numeral 5, como una obligación especial del Sistema de Seguridad Social en Salud para asegurar el derecho a la salud de los niños, las niñas y los adolescentes, "Garantizar atención oportuna y de calidad a todos los niños, las niñas y los adolescentes, en especial en los casos de urgencias." (Subrayado propio), la que no tendría siquiera cabida al no contar con la garantía de accesibilidad al servicio de salud por la desafiliación.

La Directora Jurídica 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.

La Procuradora 78 Judicial II, para la Defensa de los Derechos de la Infancia, La adolescencia, la Familia y las Mujeres de Buga, manifiesta que teniendo en cuenta el escrito presentado por la parte accionante, se puede observar sin ningún asomo de duda que dentro del trámite iniciado ante la empresa promotora de salud, nunca hubo una comunicación o intervención de las Procuradurías Judiciales de Familia para la defensa de los derechos de la infancia, la adolescencia, la familia y las mujeres de Guadalajara de Buga, por tanto no ha habido una omisión en el ejercicio de las funciones que tenemos asignadas, por lo que solicita su desvinculación. No obstante, aduce que resulta preocupante la situación que presuntamente se viene presentando por parte de la empresa promotora de salud, encuentro ajustado a derecho los requerimientos contenidos en el artículo cuarto del auto que admite la presente acción en cuanto se hacen necesarios para establecer las condiciones económicas y debido que puedan permitir o no a los padres de la accionante asumir el costo de los copagos. Por todo lo anterior, solicita, que allegada toda la documentación y en caso de cumplir con las reglas contenidas en la amplia jurisprudencia Constitucional sobre el tema, despache de manera favorable la presente acción de tutela ordenándole a la empresa promotora de salud la exoneración de la cuota moderadora que viene pagando la madre de la accionante, teniendo en cuenta si la enfermedad que padece la menor se adecua a los requisitos establecidos en el ordenamiento jurídico y la jurisprudencia vigente para conceder la exoneración deprecada.

La Secretaria de Salud Municipal de Palmira (V), refiere, la accionante se encuentra afiliada al sistema de seguridad social, en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD "S.O.S.", por tanto, corresponde a dicha entidad, 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.

### **III. Consideraciones**

#### **a. Procedencia de la acción**

##### **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, el Decreto 2591 de 1991 y Decreto 333 de 6 de abril de 2021, en atención a la naturaleza jurídica de la entidad accionada.

##### **Legitimación de las partes:**

En el presente caso, la menor, presentó la acción de amparo a través de agente oficioso, 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. S.O.S, por lo que, al tratarse de entidades pertenecientes 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 estado de salud de la paciente es delicado 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. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD "S.O.S.", ha vulnerado los derechos fundamentales invocados por la menor, al no suministrar los insumos como leche, pañales, crema y pañitos que requiera la menor? Aunado a ello, se resolverá sobre las peticiones de exoneración de copagos y tratamiento integral.

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

Considera éste Juzgado, en el presente asunto, que respecto de los requerimientos de los insumos *PAÑALES y LECHE y/o FORMULAS ESPECIALES PARA NIÑOS LACTANTES*, cuenta con orden médica, razón por la cual deben ser suministrados por la E.P.S. S.O.S., en los términos prescritos por su galeno tratante.

En lo referente a los insumos *CREMA y PAÑITOS*, no cuentan con orden médica. No obstante, en aplicación de los principios de equidad y solidaridad -elementos del derecho a la salud-, resulta procedente en este caso tutelar el derecho a la salud en su *faceta diagnóstica*, a fin de que sea un profesional en medicina el que dictamine la pertinencia de tales requerimientos.

Igualmente, la E.P.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD "S.O.S.", deberá garantizar el tratamiento integral de la menor, debido a la condición de sujeto de protección especial que ostenta, respecto de los diagnósticos: "OTRAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS ESPECIFICADAS DEL SISTEMA NERVIOSO, FALLA RESPIRATORIA DE ORIGEN CENTRAL; LEUCOENCEFALODISTROFIA SEVERA; RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR SEVERO; SD CONVULSIVO; ESPASTICIDAD; HIPOTIROIDISMO; HOPICORTISOLISMO", que la 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 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 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, 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

##### **Derecho al diagnóstico<sup>7</sup>**

El derecho al diagnóstico<sup>8</sup>, como componente integral del derecho fundamental a la salud, implica una valoración técnica, científica y oportuna que defina con claridad el estado de salud del paciente y los tratamientos médicos que requiere<sup>9</sup>. El derecho al diagnóstico se configura como un supuesto necesario para garantizar al paciente la consecución de los siguientes objetivos: "(i) establecer con precisión la patología que padece el paciente, (ii)

<sup>1</sup> Sentencia T-499 de 2014.

<sup>2</sup> T-082 de 2015.

<sup>3</sup> Sentencia T-016 de 2007.

<sup>4</sup> Sentencia T-081 de 2016.

<sup>5</sup> Sentencia T-920 de 2013.

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

<sup>7</sup> Sentencia SU508/20 Magistrados ponentes: ALBERTO ROJAS RÍOS y JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

<sup>8</sup> El derecho al diagnóstico, además de ser reconocido por la jurisprudencia como elemento integrante del derecho a la salud, también encuentra un reconocimiento normativo en los literales a), c) y d) del artículo 10 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

<sup>9</sup> C. Const., sentencias de tutela T-100 de 2016, T-036 de 2017 y T-196 de 2018.

determinar con el máximo grado de certeza permitido por la ciencia y la tecnología el tratamiento médico que asegure de forma más eficiente el derecho al más alto nivel posible de salud e (iii) iniciar dicho tratamiento con la prontitud requerida por la enfermedad sufrida por el paciente<sup>10</sup>.

El diagnóstico efectivo se compone de tres etapas, a saber: identificación, valoración y prescripción<sup>11</sup>. *"La etapa de identificación comprende la práctica de los exámenes previos que se ordenaron con fundamento en los síntomas del paciente. Una vez se obtengan los resultados de los exámenes previos, se requiere una valoración oportuna y completa por parte de los especialistas que amerite el caso. Finalmente, los especialistas prescribirán los procedimientos médicos que se requieran para atender el cuadro clínico del paciente. En atención a la importancia del concepto especializado en medicina, es menester que el juez de tutela, en los casos desprovistos de fórmula médica: i) ordene el suministro del servicio o tecnología en salud incluidos en el PBS con base en la evidente necesidad del mismo -hecho notorio-, siempre que se condicione a la posterior ratificación del profesional tratante y, ii) en ausencia de la mencionada evidencia, pero frente a un indicio razonable de afectación a la salud, ordene a la entidad promotora de salud respectiva que disponga lo necesario para que sus profesionales adscritos, con el conocimiento de la situación del paciente, emitan un concepto en el que determinen si un medicamento, servicio o procedimiento es requerido a fin de que sea eventualmente provisto. En este contexto, siendo el diagnóstico un componente esencial en la realización efectiva del derecho a la salud, la Sala considera que esta prerrogativa habría de protegerse en los casos concretos en los que sea aplicable, cuando se observe que se desconoce la práctica de todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a demostrar la presencia de la enfermedad, su estado de evolución, sus complicaciones y consecuencias presentes y futuras para el paciente. Incluso, tal amparo debe otorgarse indistintamente de la urgencia de su práctica, es decir, no simplemente frente al riesgo inminente que pueda sufrir la vida del paciente, sino además frente a patologías que no la comprometan directamente"*<sup>12</sup>.

## 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>13</sup>. Igualmente, comprende un tratamiento sin fracciones, es decir *"prestado de forma ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad"*<sup>14</sup>.

Es importante precisar que en el proyecto de la Ley Estatutaria el mencionado artículo 8º contenía un párrafo, 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

<sup>10</sup> Ver, entre otras, C. Const., sentencia de tutela T-1041 de 2006.

<sup>11</sup> C. Const., sentencia de tutela T-196 de 2018.

<sup>12</sup> Sentencia SU508/20 Magistrados ponentes: ALBERTO ROJAS RÍOS y JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS.

<sup>13</sup> Al respecto, ver entre otras las sentencias T-872 de 2012 y T-395 de 2015.

<sup>14</sup> Sentencia T-611 de 2014.

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>15</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>16</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>17</sup> (el término para cumplir esa disposición, inicialmente, fue el 1º de enero de 2019, plazo 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>18</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>19</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>20</sup> El artículo 7º de dicho Acuerdo establece que los

<sup>15</sup> Sentencia T-760 de 2008, reiterada en la Sentencia T-491 de 2018.

<sup>16</sup> En el régimen contributivo mediante el aplicativo dispuesto para el efecto (MIPRES).

<sup>17</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"

<sup>18</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>19</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-148 de 2016

<sup>20</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

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 enfermedades de alto costo<sup>21</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>22</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>23</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>24</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>25</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>26</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>27</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>28</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>29</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>30</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>31</sup>

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.

<sup>21</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 linfóide aguda; g) leucemia mieloide aguda; h) linfoma hodgkin; i) linfoma no hodgkin; j) epilepsia; k) artritis reumatoidea; y, l) infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

<sup>22</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-402 de 2018.

<sup>23</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-402 de 2018.

<sup>24</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-402 de 2018.

<sup>25</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-402 de 2018.

<sup>26</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-402 de 2018.

<sup>27</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-676 de 2014.

<sup>28</sup> Ver Sentencia T-697 de 2007 y T-148 de 2016

<sup>29</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>30</sup> Ver Corte Constitucional. Sentencia T-743 y T-148 de 2016

<sup>31</sup> Ver Corte Constitucional. Sentencia T-330 de 2006 y T-148 de 2016

En la Sentencia T-984 de 2006<sup>32</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>33</sup>, 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."*

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>34</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, la menor accionante, de 3 años de edad, se encuentra afiliada en calidad de beneficiaria en el régimen contributivo a la E.P.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD "S.O.S.", con diagnósticos de: *"OTRAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS ESPECIFICADAS DEL SISTEMA NERVIOSO, FALLA RESPIRATORIA DE ORIGEN CENTRAL; LEUCOENCEFALODISTROFIA SEVERA; RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR SEVERO; SD CONVULSIVO; ESPASTICIDAD; HIPOTIROIDISMO; HOPICORTISOLISMO"*, según se evidencia de su historia clínica, y de quien su agenciante afirma, requiere el suministro de leche, pañales, crema y pañitos, 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. Por su parte la EPS SOS, accionada, estando debidamente notificada, guardó silencio en el presente trámite tutelar.

Delanteramente es procedente enfatizar que el orden constitucional<sup>35</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>36</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>37</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."*

<sup>32</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>33</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-984 de 2006.

<sup>34</sup> Corte Constitucional. Sentencias T-697 de 2007 y T-148 de 2016

<sup>35</sup> T-196/18

<sup>36</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>37</sup> Adoptada por Colombia mediante la Ley 12 de 1991.

Ahora bien, tratándose de la prestación del servicio de salud requerido por menores de edad, ha señalado la Corte<sup>38</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 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 de la menor, es evidente que los insumos *PAÑALES DESECHABLES y LECHE y/o FORMULAS ESPECIALES PARA NIÑOS LACTANTES*, ostentan orden médica, de donde deviene que debe ser cubierta por la E.P.S. S.O.S., sin más dilaciones o trámites administrativos innecesarios, pues, dicha omisión desconoce flagrantemente no sólo los deberes y obligaciones que las E.P.S., como encargadas de la atención de la salud tienen para con sus asociados y beneficiarios, sino los derechos de aquellas personas que se encuentran en una situación de discapacidad física, colocando en alto riesgo su vida e integridad. Se avista entonces, una interrupción injustificada y por ende inadmisibles al tratamiento al cual está sometida la menor que en tan sensibles eventos se presenta como ineludible; situación que habrá de ser hoy conjurada a partir de una declaratoria de prosperidad de la pretensión tutelar, a fin de que sea prestada en modo prioritario la atención requerida en el escrito de postulación.

Respecto de los insumos *CREMA y PAÑITOS*, revisadas los documentos allegados, se observa que tales insumos, no cuentan con prescripción médica. Por lo anterior, es notorio la falta de pronunciamiento por parte del galeno tratante respecto de lo solicitado, aunado a ello, tampoco existe una justificación científica de la cual se infiera en su historia clínica que se requiera tales pedimentos con necesidad y no en consideraciones administrativas o financieras de la EPS o las subjetivas de la representante de la paciente que reclama la atención. Así las cosas, a juicio de esta judicatura y en atención de lo dispuesto por La Corte Constitucional, en la sentencia de unificación SU508 de 2020, se considera que de momento, en el *sub lite*, no se cuenta con una verificación de actualidad y relevancia médica, lo que a todas luces, descarta que sea el juez constitucional, quien ordene insumos y/o tratamientos cuya necesidad no se hubiese acreditado científicamente. Motivo por el cual, tales pretensiones no están llamadas a prosperar. A pesar de esto, y en aplicación de los principios de equidad y solidaridad - elementos del derecho a la salud-, resulta procedente en este caso tutelar el derecho a la salud en su faceta diagnóstica, a fin de que sean los profesionales en medicina adscritos a la EPS accionada, quienes determinen su pertinencia.

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 la menor respecto de sus patologías. Puesto que el único ingreso que percibe su núcleo familiar es el devengado por el padre de la niña, equivalente a 1SMMLV. De donde deviene que si bien, la NNA se encuentra afiliada al régimen contributivo en calidad de beneficiaria, 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 de la accionante y, en ese sentido, guardó silencio sobre dicha situación. Por tal motivo, y en virtud que la carga de la prueba se invierte, resulta suficiente para esta instancia judicial sostener que la 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 actora para garantizar el derecho a la salud, a la vida y a

---

<sup>38</sup> T-121 de 2015

la dignidad humana, de esta manera se protegerá también el derecho de petición formulado y del cual no se hubiere dado respuesta por la entidad accionada.

Finalmente, respecto al tratamiento integral la Corporación Constitucional<sup>39</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>40</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>41</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>42</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>43</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>44</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>45</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 de la NNA, debido a la condición de sujeto de protección especial que ostenta, respecto de los diagnósticos: *“OTRAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS ESPECIFICADAS DEL SISTEMA NERVIOSO, FALLA RESPIRATORIA DE ORIGEN CENTRAL; LEUCOENCEFALODISTROFIA SEVERA; RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR SEVERO; SD CONVULSIVO; ESPASTICIDAD; HIPOTIROIDISMO; HOPICORTISOLISMO”* que la 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.

Conforme con lo anterior, se ordenará a la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD “S.O.S.”, para que el término de 48 horas siguientes a la notificación del presente fallo, si aún no lo ha hecho, proceda a la autorización y suministro de los insumos *PAÑALES DESECHABLES* y *LECHE y/o FORMULAS ESPECIALES PARA NIÑOS LACTANTES*. Igualmente, autorice, agende y practique cita de valoración con un galeno adscrito a dicha entidad y/o a quien se designe o contrate para ello, quien deberá determinar la pertinencia de la autorización y suministro de los insumos *CREMA* y *PAÑITOS*, servicios que sólo podrán ser negados si se evidencia que, para las circunstancias actuales de salud de la paciente, dicho pedimento resulta abiertamente innecesario para mejorar o mantener su condición de salud, así como también le sea garantizado en forma eficiente y oportuna el tratamiento integral con relación a las patologías *“OTRAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS ESPECIFICADAS DEL SISTEMA NERVIOSO, FALLA RESPIRATORIA DE ORIGEN CENTRAL; LEUCOENCEFALODISTROFIA SEVERA; RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR SEVERO; SD CONVULSIVO; ESPASTICIDAD; HIPOTIROIDISMO; HOPICORTISOLISMO”*, y finalmente, 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 la menor accionante.

Finalmente, al no haberse observado vulneración alguna de derechos por parte de las entidades, SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL; CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD - SANTANGEL SAS IPS; FUNDACIÓN CLÍNICA INFANTIL CLUB NOEL- CALI; DROGUERÍA EVEDISA – PALMIRA; EVE DISTRIBUCIONES SAS; MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL; ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD – ADRES; INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR;

<sup>39</sup> T-014 de 2017

<sup>40</sup> T-746 de 2009; T-634 de 2008

<sup>41</sup> Sentencia T-365 de 2009.

<sup>42</sup> Sentencia T-124 de 2016.

<sup>43</sup> Sentencia T-178 de 2017.

<sup>44</sup> Sentencias T-702 de 2007 y T-727 de 2011, posición reiteradas en la Sentencia T-092 de 2018.

<sup>45</sup> Ver Sentencias T-062 y T-178 de 2017.

PROCURADURÍA DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA, 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 de los NNA, a la salud, diagnóstico, petición, vida y dignidad humana, de la menor H.J.D.H, identificada con NUIP 1.114.902.542, actuando con mediación de agente oficiosa, contra la E.P.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD "S.O.S.", por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

**TERCERO: ORDENAR** a la E.P.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD "S.O.S.", 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 hecho, autorice y suministre a la menor H.J.D.H, identificada con NUIP 1.114.902.542, los insumos *PAÑALES DESECHABLES y LECHE y/o FORMULAS ESPECIALES PARA NIÑOS LACTANTES*, de conformidad a lo ordenado el médico tratante, de manera oportuna y eficaz y en forma completa.

**CUARTO: ORDENAR** a la E.P.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD "S.O.S.", 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 hecho, autorice, agende y practique a la menor H.J.D.H, identificada con NUIP 1.114.902.542, cita de valoración con un galeno adscrito a dicha entidad y/o a quien se designe o contrate para ello, quien deberá determinar la pertinencia de la autorización y suministro de los insumos *CREMA y PAÑITOS*, servicios que sólo podrán ser negados si se evidencia que, para las circunstancias actuales de salud de la paciente, dicho pedimento resulta abiertamente innecesario para mejorar o mantener su condición de salud.

**QUINTO: ORDENAR** a la E.P.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD "S.O.S.", 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 hecho, exonere a la menor H.J.D.H, identificada con NUIP 1.114.902.542 de las cuotas moderadoras y copagos a que haya lugar como consecuencia del suministro de los medicamentos, citas médicas, insumos, procedimientos, cirugías, servicios y demás tecnologías que requiera en la prestación del servicio de salud.

**SEXTO: ORDENAR** a la E.P.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD "S.O.S.", 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 hecho, garantice el tratamiento integral de forma eficiente y oportuna a la menor H.J.D.H, identificada con NUIP 1.114.902.542, respecto de las patologías *"OTRAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS ESPECIFICADAS DEL SISTEMA NERVIOSO, FALLA RESPIRATORIA DE ORIGEN CENTRAL; LEUCOENCEFALODISTROFIA SEVERA; RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR SEVERO; SD CONVULSIVO; ESPASTICIDAD; HIPOTIROIDISMO; HOPICORTISOLISMO"*. En la forma y términos ordenados por su médico tratante.

**SÉPTIMO: DESVINCÚLESE** a las entidades, SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL; CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD - SANTANGEL SAS IPS; FUNDACIÓN CLÍNICA INFANTIL CLUB NOEL- CALI; DROGUERÍA EVEDISA – PALMIRA; EVE DISTRIBUCIONES

SAS; MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL; ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD – ADRES; INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR; PROCURADURÍA DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

**OCTAVO: 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.

**NOVENO:** 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:

**492f8453d22975e04b8754aa6a6e330cc909bc646fa74f05ecf88ca2b0a42b  
6f**

Documento generado en 21/10/2021 12:27:12 PM

**Valide este documento electrónico en la siguiente URL:  
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**