República de Colombia
Rama Judicial

JUZGADO OCHENTA Y UNO CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C., CONVERTIDO EN JUZGADO 63 DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE DE BOGOTA

Bogotá D.C., veinticuatro (24) de marzo de dos mil veinte (2020)

REFERENCIA: ACCIÓN DE TUTELA No. 2020-0286
ACCIONANTE: DANIEL ALEXANDER SANCHEZ RODRIGUEZ
ACCIONADA: SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD.

1. ASUNTO A RESOLVER

Procede el Despacho a resolver la ACCIÓN DE TUTELA de la referencia presentada por Daniel Alexander Sánchez Rodríguez, en la que se acusa la vulneración de los derechos fundamentales a la salud y vida digna.

2. ANTECEDENTES

2.1. Señaló la accionante que por la encuesta realizada por la Secretaria Distrital de Planeación, fue clasificado en el nivel 3 en el régimen subsidiado.

2.2. Indicó que esta clasificación desconoce la verdadera realidad de su situación socioeconómica, ya que vive con sus padres en arriendo, no cuenta con empleo al igual que su progenitor y que la única fuente de ingresos es la aportada por su progenitora, quien trabaja por días en casas de familia.

2.3. Afirmó que su situación familiar no les permite tener los ingresos suficientes para pagar la cuota de recuperación que le cobra la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., para el procedimiento quirúrgico que necesita - FUSION TIBIO-TALARO TIBIOASTRAGALINA VIA ABIERTA IZQUIERA-, ordenado por su médico desde el 10 de diciembre de 2019.

2.4. Aseguró que el 9 de abril del año 2018 tuvo un accidente, siendo diagnosticado con luxación del pie izquierdo, retirándole el material que le habían puesto el día 3 de diciembre del mismo año.

2.5. Indicó que padece una artrosis específica y debe ser operado con urgencia, sin embargo, no tiene dinero para cancelar la suma de $916.850.oo, por concepto de la cuota de recuperación.

2.6. Adujo que le ordenaron la cirugía de FUSION TIBIO-TALAR 0 TIBIOASTRAGALINA VIA ABIERTA IZQUIERDA, y que al solicitar la práctica de los exámenes le exigieron el pago anticipado de la cuota de recuperación por estar clasificado en el nivel 3 del Sisben.

3. PRETENSIONES

3.1. Le sean tutelados sus derechos fundamentales a la salud y vida digna, garantías que se encuentran **GRAVEMENTE AMENAZADAS** por la

Scanned by TapScanner

CONDUCTA OMISIVA que deliberadamente ha sido desplegada por las accionadas.

3.2. Como consecuencia de lo anterior, solicitó **SE ORDENE** a la **SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL** y al **FONDO FINANCIERO DISTRITAL**, AUTORIZAR DE MANERA URGENTE Y CON COBERTURA TOTAL DEL 100% LA CIRUGIA FUSION TIBIOTALARO TIBIOASTRAGALINA VIA ABIERTA IZQUIERA, indispensable para continuar con el tratamiento de mi patología y preservar su vida en condiciones dignas.

3.3. De igual manera solicitó el **TRATAMIENTO INTEGRAL,** exonerándolo de los copagos y cuotas de recuperación y cuotas moderadora.

4. TRAMITE PROCESAL

Admitida a trámite la presente acción constitucional, mediante proveído del 11 de marzo de 2020 (fl. 23), se dispuso la notificación de las accionadas **SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**, para que en el término de un (1) día, se pronunciaran sobre los hechos de la acción de tutela y ejercieran su derecho de defensa, además, se procedió a vincular a **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE**, para lo de su cargo.

En auto del 19 de marzo de 2020 (fl. 35), el Despacho ordenó notificar a la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES**, para que ejerciera su derecho de contradicción.

Dentro del término concedido a las accionadas y vinculadas, se pronunciaron frente a la acción constitucional así:

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD: Argumentó que viene asumiendo el 70% sobre el 100% y el 30% restante debe ser tomado por el accionante, en virtud de la falta de afiliación activa y vigente con alguna EPS.

En ese sentido, el accionante puede acceder a los servicios de salud que requiera a través de la red pública distrital, asumiendo los pagos compartidos de consagración legal conforme con lo dispuesto en los artículos 2.4.20 del Decreto 780 de 2016, pues debe generar su vinculación al sistema general de salud en el régimen que sea viable, dado que no puede permanecer por tiempo indefinido sin vinculación al sistema de salud.

Por otra parte, respecto de la exoneración de copagos y cuotas moderadoras, aclaró que la Secretaría Distrital de Salud – Fondo Financiero Distrital de Salud, no exige ni recauda ningún tipo de pago, sino que el mismo es establecido por la Ley, con el fin de contribuir a la financiación de la atención de salud, que el usuario está obligado a realizar pues no cuenta con el beneficio de gratuidad ni exento legalmente del cobro de tales sumas por lo que no puede condonar dicho pago o asumirlo ni tiene injerencia en la imposición del mismo, el cual no puede ser aducido como barrera por la IPS para entorpecer el acceso al servicio de salud.

Reiteró, que mientras el usuario permanezca sin afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá asumir el valor de los copagos del 30% conforme lo dispuesto en el numeral 3 del artículo 18 del Decreto 2357 de 1995, en concordancia con el artículo 2.4.20 del Decreto 780 de 2016.

En ese sentido, manifestó que actualmente el puntaje del Sisben no le

Scanned by TapScanner

permite al accionante beneficiarse del régimen subsidiado de salud, que es diseñado por las personas en condición de vulnerabilidad (fls. 32-34).

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES: Arguyó que existe falta de legitimación en la causa por pasiva debido a que el accionante se encuentra retirado de la EPS FAMISANAR desde el 3 de agosto de 2018. En tal sentido, no es su obligación la afiliación a una EPS, por lo que la vulneración a derechos fundamentales se produciría por una omisión que no le es atribuible.

Señaló que no está dentro de sus competencias desarrollar acciones de vigilancia y control respecto de los trámites de afiliación que se adelanten entre los usuarios de las EPS.

Por otra parte, refirió que el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programa Sociales – Sisben, está a cargo y bajo la dirección del Departamento Nacional de Planeación – DNP, conforme lo establecen los numerales 4 y 30 del Decreto 2189 de 2017.

Asimismo, que el artículo 2.2.8.1.1 y siguientes del Decreto 1082 de 2015 Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, establece el SISBEN como sistema técnico de información diseñado por el Gobierno Nacional, que permite identificar y clasificar los hogares, familias y personas, de acuerdo con sus necesidades y condiciones de vida, cuyo objetivo es convertirse en una herramienta para la priorización del gasto social que realizan distintas entidades del Estado.

El **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD Y SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CNETRO ORIENTE ESE**: Pese a que se notificaron a través del correo electrónico (fls. 25 y 28) guardaron silencio.

5. CONSIDERACIONES

La Acción de Tutela es la garantía constitucional específica e inmediata de los Derechos Fundamentales, que son todos aquellos que por ser inherentes a la persona humana, existen con anterioridad a la aparición del Estado y prevalecen frente a cualquier norma positiva con la cual se pretenda desconocerlos.

Derecho a la Salud

Comenzaremos indicando que respecto del derecho a la salud, la Corte Constitucional ha señalado que: *"El derecho constitucional a la salud contempla, por lo menos, el derecho a acceder a los servicios de salud que se requieran (servicios indispensables para conservar la salud, en especial, aquellos que comprometan la vida digna y la integridad personal). En la actualidad el acceso a los servicios depende, en primer lugar, de si el servicio requerido está incluido en uno de los planes obligatorios de servicios de salud a los cuales la persona tiene derecho. Así pues, dada la regulación actual, los servicios que se requieran pueden ser de dos tipos: aquellos que están incluidos dentro del plan obligatorio de salud (POS) y aquellos que no"*[1].

Bajo este marco, hay que asentir que toda persona tiene derecho a acceder, en principio, a los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud

---

[1] Corte T-760 de 2008 del 31 de julio de 2008. Magistrado Ponente. Dr. Manuel José Cepeda Espinosa.

Scanned by TapScanner

referidos en la Ley 100 de 1993 en su artículo 162, a tal punto que al no brindar los medicamentos, procedimientos y servicios previstos en dicho plan, o no permitir la realización de las cirugías que el mismo ampara, constituye a no dudarlo, una transgresión del derecho fundamental a la salud.

A su paso, el artículo 2° de la Ley Estatutaria núm. 1751 del 16 de febrero de 2015, "*POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES*" estableció la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud, definiéndolo como:

"*El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.*"

El Sistema Legal de Pagos Moderadores y las Reglas de Exoneración De Copagos Y Cuotas Moderadoras

Le sentencia T-116 de 2016 de la Corte Constitucional, refirió todo lo relacionado con los pagos de las cuotas moderadoras y su exoneración así:

"En virtud del principio de sostenibilidad, el artículo 187 de la Ley 100 de 1993 prevé que las personas afiliadas y beneficiarias del Sistema General en Seguridad Social en Salud, tanto del régimen contributivo como del subsidiado y los participantes vinculados, se encuentran sujetas a "pagos moderadores", los cuales comprenden, entre otros, los "pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles". La misma norma precisa que "[p]ara los afiliados cotizantes, estos pagos se aplicarán con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del sistema [mientas que] [e]n el caso de los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la financiación del Plan Obligatorio de Salud" (…).

El artículo 187 de la Ley 100 de 1993, el que define los criterios de aplicación de los *"pagos moderadores"*, precisando que, para los diferentes servicios que se presten dentro del sistema de salud, dichos pagos *"serán definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica"*, esto es, teniendo en cuenta la capacidad de pago de los usuarios del sistema. Así, tratándose del Régimen Contributivo, los *"pagos moderadores"* se aplicarán tomando como referente el ingreso base de cotización del afiliado cotizante, mientras que, para el régimen subsidiado y los participantes vinculados, tales pagos se aplicarán de conformidad con la calificación socioeconómica de la encuesta SISBEN, entendida esta como el sistema de información que permite identificar y clasificar a la población pobre del país que es potencial beneficiaria de los subsidios y de los programas sociales que ofrece el Estado.

Dentro del contexto descrito, se expidió el Decreto 2375 de 1995, "*[p]or medio del cual se reglamentan algunos aspectos del régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud*". Dicho ordenamiento, en el artículo 18, tal y como el mismo fue modificado por el artículo 11 del Acuerdo 260 de 2004, regula de manera específica, lo referente a los *"pagos moderadores"* de los usuarios del sistema que hacen parte de la población más pobre, beneficiarios del régimen subsidiado y participantes vinculados, los cuales, de acuerdo con su capacidad de pago, tienen derecho a recibir un subsidio parcial por los servicios de salud que requieran y le sean prestados. En esa orientación, la referida disposición prevé que los beneficiarios del régimen subsidiado contribuirán a financiar el valor de los servicios de salud que reciban, a través de copagos establecidos según los niveles o categorías fijadas por el SISBEN de la siguiente manera:

- Para los casos de indigencia debidamente verificada y las comunidades indígenas,

Scanned by TapScanner

la atención será gratuita y no habrá lugar al cobro de copagos.

- Para el nivel 1 del SISBÉN, el copago máximo es del 5% del valor de la cuenta, sin que el cobro por un mismo evento exceda de una cuarta parte del salario mínimo legal mensual vigente. El valor máximo por año calendario será de medio salario mínimo legal mensual vigente.

- Para el nivel 2 del SISBÉN, el copago máximo es del 10% del valor de la cuenta, sin que el cobro por un mismo evento exceda de la mitad de un salario mínimo legal mensual vigente. El valor máximo por año calendario será de un salario mínimo legal mensual vigente.

- "**Para la población identificada en el nivel 3 de SISBEN pagará hasta un máximo del 30% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a tres salarios mínimos legales mensuales vigentes por la atención de un mismo evento**..."

Posteriormente, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, expidió el Acuerdo 260 de 2004 "por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud". En dicho acuerdo se precisa el alcance y las diferencias entre los copagos y las cuotas moderadoras tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. De manera general, los define como los pagos que realizan los afiliados y beneficiarios del sistema al momento de hacer uso de los servicios brindados por las entidades prestadoras del servicio de salud. En cuanto a sus diferencias, establece que las "cuotas moderadoras" son aplicadas a los afiliados cotizantes y sus beneficiarios, y tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, con el propósito de promover en los afiliados la inscripción a los programas de atención integral desarrollados por las EPS; **en cuanto a los "copagos", son "los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado" los cuales son aplicados de manera exclusiva a los afiliados beneficiarios, con el objetivo de financiar el sistema.**

(...) La Ley 1122 de 2007, estableció nuevos parámetros en relación con los cobros de los "pagos moderadores", al disponer en el artículo 14 que "**no habrá copagos ni cuotas moderadoras para los afiliados del Régimen Subsidiado en Salud clasificados en el nivel I del Sisben o el instrumento que lo remplace"**. La regla de "excluir de los pagos moderadores" a los usuarios del servicio de salud clasificados en el nivel uno del SISBÉN, fue extendida también por el artículo 1º del Acuerdo 0365 de 2007, expedido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, a algunos grupos especiales como son: la "población infantil abandonada"; la "población indigente"; la "población en condiciones de desplazamiento forzado"; la "población indígena"; la "población desmovilizada"; la "población de tercera edad en protección de ancianatos en instituciones de asistencia social"; y la "población rural migratoria y la población ROM que sea asimilable al Sisbén I".

Ahora bien, aun cuando en virtud del principio de sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es posible imputar pagos a los afiliados y beneficiarios de dicho sistema, **la ley y la jurisprudencia han dejado claro que dichos pagos no pueden constituir barreras de acceso al sistema de salud, específicamente, en relación con la población más pobre.** Al respecto, el propio artículo 187 de la Ley 100 de 1993, al tiempo que prevé los pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles dentro del sistema de salud, precisa igualmente que, ***"[e]n ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres. Para evitar la generación de restricciones al acceso por parte de la población más pobre, tales pagos para los diferentes servicios serán definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica y la antigüedad de afiliación en el sistema, según la reglamentación que adopte el Gobierno Nacional, previo concepto del consejo nacional de seguridad social en salud".***

(...) En consecuencia, para evitar que el cobro de copagos se convierta en una limitación en la cobertura del derecho a la salud, este Tribunal ha considerado que hay lugar a la exoneración del cobro de los "*pagos moderadores*", en los casos en los cuales se acredite la afectación o amenaza de algún derecho fundamental. Sobre el particular, la jurisprudencia ha fijado dos reglas que el operador judicial debe tener en cuenta para eximir el cobro de cuotas: ***[1] Cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de la cuota***

Scanned by TapScanner

moderadora, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a éste, asumiendo el 100% del valor. *[2] 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 prestado, la entidad encargada de la prestación, exigiendo garantías adecuadas, deberá brindar oportunidades y formas de pago de la cuota moderadora sin que su falta de pago pueda convertirse de forma alguna en un obstáculo para acceder a la prestación del servicio."*

Ahora bien, para establecer cuando hay lugar a la exoneración, la misma jurisprudencia ha fijado unos criterios de interpretación que deben ser evaluados por el operador jurídico. Así, los citados criterios son los siguientes: "(*i) es aplicable la regla general en materia probatoria, según la cual, incumbe al actor probar el supuesto de hecho que permite obtener la consecuencia jurídica que persigue; (ii) ante la afirmación de ausencia de recursos económicos por parte del actor (negación indefinida), se invierte la carga de la prueba correspondiendo en ese caso a la entidad demandada demostrar lo contrario; (iii) no existe tarifa legal para demostrar la ausencia de recursos económicos, la misma se puede intentar mediante negaciones indefinidas, certificados de ingresos, formularios de afiliación al sistema, extractos bancarios, declaración de renta, balances contables, testimonios, indicios o cualquier otro medio de prueba; (iv) en el caso de la afirmación indefinida del solicitante respecto de la ausencia de recursos económicos, o de afirmaciones semejantes, se presume su buena fe en los términos del artículo 83 de la Constitución, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que le quepa, si se llega a establecer que tal afirmación es falsa o contraria a la realidad. ".*

(...) De acuerdo con lo anterior, **en el evento en que el usuario manifieste la falta de capacidad económica para asumir el valor de la cuota moderadora, se genera una inversión en la carga de la prueba y le corresponde a la entidad que reclama el pago, aportar información suficiente acerca de la situación económica del paciente para efectos de establecer si estos se encuentran en posibilidad de sufragar el copago asignado con ocasión a la prestación del servicio demandado.** De no ser aportada dicha información, se deben verificar las circunstancias particulares del usuario del servicio, tales como su condición de desempleado, nivel asignado en el SISBEN, ingresos mensuales equivalentes a un salario mínimo legal mensual vigente, afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud en condición de beneficiario y no como cotizante.

En consecuencia, la implementación del cobro de copagos y cuotas *moderadoras en el Sistema de Seguridad Social en Salud, se lleva a cabo con el* objetivo de incentivar el buen uso de los servicios y complementar la financiación del sistema. No obstante lo anterior, este alto **Tribunal ha concluido que es posible exonerar del cobro de copagos a los usuarios, si se logra acreditar su falta de capacidad económica para cubrirlos y se evidencie la amenaza o vulneración de derechos fundamentales como el mínimo vital, la vida y la salud.**" (Negrilla por el Despacho).

COSO EN CONCRETO

En el presente asunto, se pretende por vía tutelar ordenarle a las accionadas, autorizar de manera urgente y con cobertura total del 100% la cirugía de FUSION TIBIO-TALAR O TIBIO ASTRAGALINA VIA ABIARTA IZQUIERDA, exonerándolo de los copagos, cuotas de recuperación y cuotas moderadoras y ordenarle tratamiento integral de la patología que lo aqueja.

En este estado de cosas, se encuentra demostrado con la documental aportada al plenario por el accionante, que fue diagnosticado con la patología de *"artrosis especificada"*, de lo que se establece que nos encontramos ante la solicitud de una persona que está sufriendo de una enfermedad que afecta su integridad personal, el cual, requiere el procedimiento de FUSION TIBIO-TALAR O TIBIO ASTRAGALINA VIA ABIERTA IZQUIERDA.

Al respecto comporta recordar que la *artrosis* es *"una patología reumática que lesiona el cartílago articular. Las articulaciones son los componentes del esqueleto que*

Scanned by TapScanner

nos permiten el movimiento y, por tanto, nuestra autonomía funcional y están formadas por la unión de dos huesos a través de la cápsula articular. En el interior de las mismas existe, generalmente, un fluido llamado líquido sinovial que es producido por la membrana sinovial. Los extremos óseos que se unen para formar la articulación están recubiertos por el cartílago articular.

Cuando este cartílago articular se lesiona, se produce dolor, rigidez e incapacidad funcional. *Normalmente la artrosis se localiza en la columna cervical y lumbar, algunas articulaciones del hombro y de los dedos de las manos, la cadera, la rodilla y la articulación del comienzo del dedo gordo del pie."*[2]

Es así, como se presume que la no práctica del procedimiento quirúrgico prescrito por su médico tratante, agrava su estado de salud, en tanto, fue ordenado con el fin de garantizarle al quejoso constitucional una mejor calidad de vida, por lo que se accederá respecto de ordenarle a la SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Y AL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD[3], a través de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE, que se asigne el procedimiento prescrito al accionante (fl. 8), exonerando de los copagos, una vez se encuentre superada la calamidad pública por la cual atraviesa actualmente el país, en razón a la Epidemia del Covid-19, que tiene a los habitantes del territorio en aislamiento obligatorio y está dando prioridad a los servicios de salud de las personas contagiadas por este virus.

Al respecto, resalta el Despacho que el accionante manifestó que no posee capacidad económica para asumir el valor de los copagos, lo cual, no fue desvirtuado por las entidades accionadas, de manera que resulta evidente que el mismo no cuenta con liquidez para asumir el costo parcial del 30% de la cirugía programada, principalmente cuando el accionante no cuenta con empleo, vive en arriendo con su núcleo familiar y su madre es la única que solventa las necesidades básicas al trabajar ocasionalmente en casas de familia como empleada doméstica, además, el petente se encuentra ubicado en el nivel 3 de Sisben.

De tal manera, sus condiciones económicas le impiden acceder al procedimiento ordenado, por su propia cuenta o cancelar las cuotas de copago, las que incluso, no puede amparar, sin afectar su propia subsistencia y los gastos que el mismo requiere.

En relación, conviene recordar lo señalado por la Corte Constitucional en sentencia T-158 de 2008:

"Tratándose de una persona afiliada al régimen subsidiado de seguridad social en salud o de un participante vinculado, es viable presumir la falta de capacidad económica, ya que uno de los requisitos para acceder a tal régimen es precisamente la escasez de recursos que se determina a través de una encuesta en la que tienen relevancia aspectos como los ingresos, egresos, situación de vivienda, nivel de educación y otros que permiten colegir el nivel social de quienes la presentan."

De esta forma, se evidencia que además de presumirse la incapacidad en el pago, en casos de régimen subsidiado, lo cierto es que le compete a la SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Y AL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD, a través de SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE, asumir la prestación del servicio al usuario que dentro de dicho régimen, como en el caso del accionante (Nivel 3 Sisben), lo requiera ya que no se encuentre en capacidad de asumir su costo, y en particular, el de los copagos que

---

[2] https://inforeuma.com/enfermedades-reumaticas/artrosis/

[3] En aplicación al principio de veracidad estipulado en el Decreto el artículo 20 del Decreto 2591 de 1991, marco regulatorio de la acción constitucional de tutela se establece: "*Si el informe no fuere rendido dentro del plazo correspondiente, se tendrán por ciertos los hechos y se entrará a resolver de plano, salvo que el juez estime necesaria otra averiguación previa*"

Scanned by TapScanner

le resulten demasiado onerosos de cara a su condición económica en la patología que lo aqueja – artrosis especificada.

Así las cosas, es pertinente indicar que las accionadas cuentan con el respectivo trámite administrativo ante las entidades que estimen conveniente, para realizar el rembolso de los gastos que realice en el procedimiento quirúrgico ordenado.

Superado lo anterior, se emprende el estudio de la pretensión de ordenar **tratamiento integral**, para lo cual se hará mención de la sentencia T- 039 de 2013 que resulta bastante ilustrativa sobre el particular: *"En síntesis, el principio de integralidad, tal y como ha sido expuesto, comprende dos elementos: "(i) garantizar la continuidad en la prestación del servicio y (ii) evitar a los accionantes la interposición de nuevas acciones de tutela por cada nuevo servicio que sea prescrito por los médicos adscritos a la entidad, con ocasión de la misma patología".*

De entrada se advierte que no se accederá a ella, toda vez que se estaría emitiendo una orden eminentemente general, abstracta y difusa, sobre hechos futuros e inciertos que no son posibles de amparar; circunstancia que va en contravía de la razón de ser de la acción de tutela y las características de la orden que la misma debe contener, entre ellas, lo preciso y específico del sentido del fallo a cumplir.

Para este despacho, no existe razón para extender el amparo constitucional respecto a situaciones hipotéticas, máxime cuando al Juez Constitucional no le está permitido suplir la labor de los especialistas de la medicina y prescribir o diagnosticar al paciente, por ende, debe negarse el tratamiento integral peticionado.

Colofón de lo anterior no se pierda de vista que, de cualquier forma, ninguno de los fundamentos fácticos de la demanda se encaminaron a demostrar la necesidad que se amparara al paciente con un "*Tratamiento Integral*", si se advierte que a la postre, el accionante demostró con las pruebas que allegaron al expediente, que no han negado las atenciones que la patología ha requerido. De manera que solo ha sido excluida la orden médica ordenada por ocasión al copago, luego, no hay forma de inferir que las accionadas, hayan negado otros servicios de estudios, controles, medicamentos, insumos o demás elementos.

Por último, se dispone la desvinculación de la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES**, comoquiera que verificada la actuación se advierte que no han vulnerado ningún derecho fundamental de la accionante.

DECISIÓN

Por lo expuesto el **JUZGADO OCHENTA Y UNO CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C., CONVERTIDO EN JUZGADO 63 DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE DE BOGOTÁ**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE

1.- **TUTELAR** los derechos fundamentales a la salud y vida digna de **DANIEL ALEXANDER SANCHEZ RODRÍGUEZ**, por lo dicho en la parte considerativa de este fallo.

Scanned by TapScanner

2.- ORDENAR a la **SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD y** al **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**, a través de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE**, por conducto de su representante legal o quien haga sus veces, que dentro de las cuarenta y ocho **(48)** horas siguientes a la notificación de esta providencia proceda a asignar el procedimiento de **FUSION TIBIO-TALAR O TIBIO ASTRAGALINA VIA ABIERTA IZQUIERDA** a **DANIEL ALEXANDER SANCHEZ RODRÍGUEZ**, sin exigir el pago de copagos o cuotas moderadoras de la patología que lo aqueja – *artrosis especificadas,* una vez se encuentre superado la calamidad pública que se presente en el país, en razón a la epidemia del covid-19.

3.- NEGAR el tratamiento integral, conforme a lo expuesto en la parte considerativa de esta providencia.

4.- Conforme a lo anterior, se excluye de la presente acción de tutela a la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES.**

5.- DISPONER la notificación de lo resuelto a las partes involucradas a través del medio más expedito.

6.- REMITIR la presente decisión a la Corte Constitucional para su eventual revisión, en caso de no ser impugnada. (Art. 33 del Dcto. 306 de 1.992).

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

ERIKA MARITZA MENDEZ ACERO
Juez

DLO

Scanned by TapScanner