



Rama Judicial  
Consejo Superior de la Judicatura  
República de Colombia

**JUZGADO 39 DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MULTIPLE  
DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ**

[j39pccmbta@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j39pccmbta@cendoj.ramajudicial.gov.co)

Bogotá D. C., once (11) de diciembre de dos mil veintitrés (2023)

**Ref. ACCIÓN DE TUTELA No. 11001-41-89-039-2023-01934-00.**

**ACCIONANTE: MARLENE RAMIREZ MELO.**

**ACCIONADA: CAPITAL SALUD EPS DEL REGIMEN  
SUBSIDIADO S.A.S.**

Procede el Despacho a resolver la acción de tutela de la referencia, una vez rituado en legal forma el trámite correspondiente.

## **I. ANTECEDENTES**

### **1. Hechos**

Expone la accionante **MARLENE RAMIREZ MELO** identificada con cédula de ciudadanía No. 39.720.202, en síntesis, que cuenta con 57 años, afiliada a **CAPITAL SALUD EPS DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S.**, quien no tiene trabajo fijo, empero, se desempeña en sastrería y fue diagnosticada con desprendimiento de retina.

Afirmó que el 23 de octubre del año 2023, en razón a su patología, su galeno tratante le ordenó con prioridad, “[cita especializada con optalmología valoración y cirugía, cita médica e. reumatología, examen tomografía óptica de segmento posterior nervio óptico]” razón por la que solicitó autorización ante la accionada la cual fue negada con el argumento de haber agendamiento medico pendiente. Además de que le niegan a cubrir el 100% del costo de atención médica oportuna

### **2. La Petición**

Con fundamento en lo anterior solicitó se amparen los derechos fundamentales a la vida, salud y seguridad social, en consecuencia, se ordene a la accionada **CAPITAL SALUD EPS DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S.**, “...asuma la totalidad del costo 100% [atención medica oportuna, ordenar autorizar suministro cita médica especializada con optalmología (sic) valoración y cirugía, cita médica e. reumatología, examen tomografía óptica de segmento posterior nervio óptico y demás ordenes médicas, incluyendo la exoneración del valor del copago o cuota moderadora (...)] suministro de medicamentos ordenaros de manera prioritaria...” y, solicitó el tratamiento integral.

### **3.- Trámite Procesal**

Una vez admitida la presente acción mediante auto del 5 de diciembre del año 2023, se ordenó la notificación a la entidad accionada y a las vinculadas, a efectos de que ejercieran el derecho a la defensa sobre los hechos alegados, la primera, **CAPITAL SALUD EPS DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S.**, informó que: “...se evidencia que la señora **MARLENE RAMIREZ MELO** identificada con CC 9720202,

*se encuentra afiliada a nuestra entidad... para la accionante hasta el momento Capital Salud EPS-S ha realizado las atenciones, medicamentos, consultas, insumos, requeridos por el accionante para su patología base ... [e]n relación con la petición generada frente a la exoneración de cuotas moderadoras o copagos es importante resaltar que la señora MARLENE RAMIREZ MELO se encuentra con un grupo poblacional C13 es decir no está dentro del grupo de pobreza a nivel Nacional. Frente a la exoneración de copagos y cuotas moderadoras CAPITAL SALUD EPS resalta al Despacho que ello se constituye en una obligación, por expresa disposición legal, a cargo de las Entidades Promotoras de Salud operantes en el país, en todo caso en el régimen subsidiado, por expresa disposición normativa no se cobran cuotas moderadoras en ningún caso, motivo por el cual no asiste fundamentación alguna para conceder la petición”.*

*Aseguró frente a las cuotas de recuperación que: “son dineros que debe pagar directamente a los Prestadores de Servicios de Salud i) el usuario pobre no asegurado por los servicios prestados, esto es el “participante vinculado” (artículos 18, numerales 2 y 3 del Decreto 2357 de 1995 10 y 33 del Decreto 806 de 1998); ii) el afiliado al régimen subsidiado que requiera de un servicio no cubierto por el plan obligatorio de salud subsidiado ... iii) el afiliado al régimen contributivo que acuda a las instituciones públicas y privadas que tengan contrato con el Estado para la atención de servicios adicionales a los incluidos en el POS y que no tenga capacidad de pago...” Y frente al copago señaló: “... deben ser cobrados de forma obligatoria por parte de todas las administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y Entidades Promotoras de Salud (EPS) lo cual en consonancia con el artículo 187 de la Ley 100 de 1993 en virtud del cual establece que los pagos se establecerán de conformidad con la estratificación socioeconómica, para evitar restricciones en el acceso de la población más pobre, sin embargo contempla unas excepciones dentro de las cuales se encuentra la población con Sisbén 1, que sería la única causal a la cual podría aplicar para ser exonerado”.*

*Afirmó: “... la señora MARLENE RAMIREZ MELO, en la página de la secretaria Distrital de Salud reporta exoneración de copagos si está dentro de las excepciones del Decreto 1652 de 2022 y los prestadores deben verificar esta novedad antes de cobrar ... De acuerdo a esto paciente con Nivel 2 clasificación de Sisbén C13 (vulnerable), en este sentido la solicitud de exoneración de copagos no es procedente ya que el usuario no cumple con los criterios descritos en el decreto ni por diagnóstico para ser exonerado no por nivel y puntaje de Sisbén, por lo cual toda entidad pública i privada realizara un cobro correspondiente Las (sic) personas del nivel 2 Sisbén (grupo C del Sisbén metodología IV) deben pagar máximo el 10% del valor del servicio, y en todo caso máximo \$530632,42 por la atención de un mismo evento o servicio (como cirugía o una hospitalización).. Si durante el año es atendido por distintos eventos o servicios, la suma de todos los copagos que cancele debe ser máximo de \$1.061.264,84”. Respecto del tratamiento integral solicitó su negativa.*

**La SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.,** emitió pronunciamiento: “...se revisa el Sistema de Información Institucional, evidenciando que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. viene prestando atención entre mayo de 2018 y el 14 de noviembre de 2023 pasando por medicina general, medicina general programas, medicina general protección específica y detección temprana, higiene oral, medicina general prioritarios, oftalmología, odontología protección específica y detección temprana. Por la especialidad de oftalmología ha sido atendida en 6 oportunidades ... Acorde a lo requerido por la señora Marlene Ramírez Melo, identificada con documento c.c. N°39.720.202, a cita de oftalmología, optometría, reumatología, toma de enzima

*convertidora de angiotensina, factor reumatoideo y tomografía de segmento posterior nervio óptico, se informa que se agenda cita de oftalmología para el 22 de diciembre de 2023 a las 7:45 am en el Hospital el Tunal -consulta externa- con el doctor Esteban Nicolás Soto Plata. En cuanto a las citas con reumatología y optometría se informa que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE no oferta ni presta estos servicios por lo que le corresponde a la EPS a la cual se encuentra afiliada la señora Marlene Ramírez Melo le indique la IPS de atención para estas especialidades. Con relación a toma de enzima convertidora de angiotensina y factor reumatoideo, se requiere autorización de la EPS ya que estos exámenes no se encuentran definidos dentro del anexo 9 que describe la contratación entre Capital Salud EPS y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. y la toma de la tomografía de segmento posterior nervio óptico si bien se oferta en esta institución por el momento se encuentra dañado el equipo por lo que no se puede dar respuesta positiva a la misma...”.*

A su turno, la **SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD** manifestó: “...se procedió a verificar la base de datos del BDUA – ADRES y en el Comprobador de Derechos de la Secretaria Distrital de Salud y se pudo evidenciar que el accionante se encuentra con afiliación activa a través del régimen SUBSIDIADO, en la EPS CAPITAL SALUD. En virtud de lo cual todo lo que tiene que ver con procedimientos de salud, ordenes médicas, insumos, medicamentos, hospitalizaciones, tecnologías en salud y todo tipo de obligaciones que se deriven de dicha prestación de salud, son responsabilidad exclusiva de CAPITAL SALUD EPS ... así las cosas, la eps capital salud debe realizar las consultas, exámenes ordenados, sin dilación alguna, para brindar el tratamiento integral, garantizando la atención en salud del accionante”.

El **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO** precisó: “...es menester informar al despacho que no somos competentes para manifestarnos frente a los hechos y pretensiones. Siempre que el peticionario exige que la entidad accionada brinde todo lo requerido para garantizar su tratamiento integral junto con el cubrimiento en su totalidad de las atenciones prestadas. Razón por la cual, es menester informar que, El Hospital Universitario San Ignacio no es responsable de las autorizaciones y del suministro de medicamentos o insumos ni es competente para determinar la IPS que va a atender a un paciente, ni las autorizaciones ni la transcripción o pago de incapacidades son de competencia del Hospital como tampoco la exoneración de copagos y cuotas moderadoras...”.

Por su parte, la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES**, realizó un recuento normativo de los derechos alegados, de las funciones de las entidades promotora de salud EPS, coberturas de procedimientos y servicios, medicamentos, servicios complementarios, para luego solicitar su desvinculación proponiendo la falta de legitimación en la causa por pasiva.

Finalmente, la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, a través de su asesora del despacho del Superintendente Nacional de Salud expuso sus funciones, de la garantía en la prestación de los servicios de salud, de la garantía en la prestación de los servicios de salud de los actores que hacen parte del sistema de seguridad social en salud así como la atención médica y la prohibición de imponer trabas administrativas a los actores que hacen parte del sistema de seguridad social en salud, de la prevalencia del criterio del médico tratante, de la atención integral, luego propuso la falta de legitimación en la causa por pasiva.

## II. CONSIDERACIONES

## **De la Acción de Tutela**

El artículo 86 de la Constitución Política de 1991 estableció que toda persona tiene acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública, o contra particular frente al cual se encuentre en condiciones de subordinación. 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.

La acción de tutela en consecuencia es viable, cuando quiera que un derecho fundamental constitucional se encuentre bajo amenaza o vulneración, situación que deberá ser demostrada o probada, por quien reclama su protección.

## **Problema Jurídico**

En el caso objeto de análisis el problema jurídico consiste en determinar si se han vulnerado o no, los derechos a la vida, salud y seguridad social del accionante por parte de **CAPITAL SALUD EPS DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S.**, al no garantizarle el tratamiento médico que requiere a la promotora constitucional atendiendo las patologías que le aquejan y, conforme lo ordenado por sus galenos tratantes, incluyendo su tratamiento integral, así como la exoneración de copagos.

## **Del Derecho a la Salud**

Frente al tema, la Ley 1751 del 16 de febrero de 2015 (Ley Estatutaria de Salud) en su art. 2° establece el derecho a la salud como fundamental y el art.10° señala que las personas tienen derecho a acceder a los servicios de salud que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad.

Sobre la naturaleza del derecho a la salud, la H. Corte Constitucional en Sentencia T-081 de 2016 señaló:

*“Por medio de 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.” El legislador reconoció a la salud como derecho fundamental mediante la Ley 1751 de 2015, en cuyo Artículo 2° se especifica que es un derecho autónomo e irrenunciable y debe ser prestado de manera oportuna, eficaz y con calidad (...)*

## **El principio de continuidad en la prestación del servicio de salud. Reiteración de jurisprudencia**

El principio de continuidad según el numeral 3.21 del artículo 153 de la Ley 100 de 1993, que define los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, consiste en que “[t]oda persona que habiendo ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad”. Dicho principio, hace parte de las responsabilidades a cargo del Estado y de los particulares comprometidos con la prestación del servicio de salud quienes deben facilitar su

acceso con los servicios de promoción, protección y recuperación, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad señalados en el artículo 49 de la Constitución Política de 1991.

Al respecto, la Corte ha venido reiterando los criterios que deben tener en cuenta las Entidades Promotoras de Salud – EPS, para garantizar la continuidad en la prestación del servicio público de salud sobre tratamientos médicos ya iniciados, así: ***“(i) las prestaciones en salud, como servicio público esencial, deben ofrecerse de manera eficaz, regular, continua y de calidad, (ii) las entidades que tiene (sic) a su cargo la prestación de este servicio deben abstenerse de realizar actuaciones y de omitir las obligaciones que supongan la interrupción injustificada de los tratamientos, (iii) los conflictos contractuales o administrativos que se susciten con otras entidades o al interior de la empresa, no constituyen justa causa para impedir el acceso de sus afiliados a la continuidad y finalización óptima de los procedimientos ya iniciados”***<sup>2</sup>.

Así mismo, la Corporación ha sostenido que el principio de continuidad en la prestación de servicios de salud responde, no solo a la necesidad de los usuarios de recibir tales servicios, sino también a los postulados del principio de buena fe y de confianza legítima contemplados en el artículo 83 de la Constitución Política de 1991 que dispone: *“Las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten ante éstas”*. Esos fundamentos garantizan a los usuarios de los servicios de salud que su tratamiento no va a ser suspendido luego de haberse iniciado<sup>3</sup> bajo la vigencia de una afiliación que posteriormente se extingue, sin que deba importar la causa de su terminación. En ese orden, el tratamiento médico debe ser terminado hasta la recuperación o estabilización del paciente, esto es, sin interrupciones que pongan en peligro sus derechos fundamentales a la salud, a la integridad personal o a la dignidad<sup>4</sup>. (Negrilla fuera del texto).

### **Tratamiento Integral**

En lo que al tratamiento respecta, La Corte Constitucional ha manifestado que: *“...la atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente<sup>5</sup> o para mitigar las dolencias que le*

1 El artículo 49 de la Constitución Política de 1991 señala: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley (...). Nota al pie original.

2 Ver sentencia T-1198 de 2003 (MP. Eduardo Montealegre Lynett), cuya posición ha sido reiterada en las sentencias T-164 de 2009 (MP. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo), T-479 de 2012 (MP. Nilson Pinilla Pinilla) y T-505 de 2012 (MP. Jorge Iván Palacio Palacio), entre otras. Nota al pie original.

3 Ver Sentencia T-140 de 2011 (MP. Juan Carlos Henao Pérez), en la que se ratifica lo considerado en la sentencia T-573 de 2005 (MP. Humberto Antonio Sierra Porto), en lo concerniente a que la buena fe constituye el fundamento la confianza legítima, lo que conlleva a la garantía de que a las personas no se le suspenda un tratamiento de salud una vez se haya iniciado. Nota al pie original.

4 Ver Sentencia T-185 de 2010 (MP. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub). Nota al pie original.

5 En este sentido se ha pronunciado la Corporación, entre otras, en la sentencia T-136 de 2004 M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

*impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud”<sup>6</sup>*

En estricto sentido, la Corte Constitucional en sentencia T-178 del 2017, “(...) ha estudiado el tema bajo dos perspectivas, la **primera**, relativa al concepto mismo de salud y sus dimensiones y, la **segunda**, a la totalidad de las prestaciones pretendidas o requeridas para el tratamiento y mejoría de las condiciones de salud y de la calidad de vida de las personas afectadas por diversas dolencias o enfermedades.

(...)

Así las cosas, esta segunda perspectiva del **principio de integralidad** constituye una obligación para el Estado y para las entidades encargadas de brindar el servicio de salud pues les obliga a prestarlo de manera eficiente, **lo cual incluye la autorización total de los tratamientos, medicamentos, intervenciones, terapias, procedimientos, exámenes, controles, seguimientos y demás que el paciente requiera y que sean considerados como necesarios por su médico tratante**.  
Negrilla y subrayado fuera de texto.

Luego, es posible solicitar por medio de la acción de tutela el tratamiento integral, debido a que con ello se pretende garantizar la atención en conjunto de las prestaciones relacionadas con las afecciones de los pacientes, que han sido previamente determinadas por su médico tratante. Cuando la atención integral es solicitada mediante una acción de tutela el juez constitucional debe tener en cuenta que esta procede en la medida en que concurran los siguientes supuestos: “(i) la descripción clara de una determinada patología o condición de salud diagnosticada por el médico tratante, (ii) por el reconocimiento de un conjunto de prestaciones necesarias dirigidas a lograr el diagnóstico en cuestión; o (iii) por cualquier otro criterio razonable.”

Con todo, se torna preciso aclarar que dicho Tribunal ha identificado una serie de casos en los que se hace necesario otorgar una atención integral al paciente, independientemente de que el conjunto de prestaciones pretendidas se encuentren dentro de la cobertura del PBS-, cuales son aquellos en los que están involucrados sujetos de especial protección constitucional, vale decir, los que guardan relación con, entre otros, menores de edad, adultos mayores, desplazados, personas con discapacidad física, o que padezcan de enfermedades catastróficas

Finalmente, debe destacarse que la protección deprecada ha ampliado su cobertura, en tanto que en la actualidad también se ha reconocido la existencia de otros casos excepcionales en los cuales cuando las personas exhiben condiciones de salud extremadamente precarias e indignas, le es permitido al juez de tutela otorgar el reconocimiento de las prestaciones requeridas para garantizar su atención integral, con el fin de superar las situaciones límites que los agobian.

### **Naturaleza jurídica de los copagos y las causales de exoneración en el régimen subsidiado**

La Corte Constitucional en Sentencia T-270 del año 2020, señaló frente a los copagos que: *“Una de las formas de acceder al SGSSS en Colombia es a través de la afiliación al régimen contributivo o subsidiado dependiendo de la capacidad económica, de conformidad con la cual deben efectuarse o no, pagos moderadores*

<sup>6</sup> Sentencia T-1059 de 2006 (MP Clara Inés Vargas Hernández). Ver también: Sentencia T-062 de 2006 (MP Clara Inés Vargas Hernández). Otras sentencias: T-730 de 2007 (MP Marco Gerardo Monroy Cabra), T-536 de 2007 (MP Humberto Antonio Sierra Porto), T-421 de 2007 (MP Nilson Pinilla Pinilla)

*para recibir los servicios e insumos en salud. En concreto, el artículo 187 de la Ley 100 de 1993 estableció que los usuarios “estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles” para adquirir las prerrogativas contenidas en el PBS.*

*Las personas con capacidad de pago, es decir aquellas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados, jubilados y los trabajadores independientes con capacidad monetaria, deberán afiliarse al régimen contributivo por contar con los recursos para aportar directamente al sostenimiento del SGSSS. En este sentido, quienes se encuentran en estas condiciones deberían contribuir o cotizar mensualmente a una EPS para recibir la atención en salud a través de las instituciones prestadoras de estos servicios que hayan sido contratadas por aquella.*

*En relación con los pagos moderadores al interior del SGSSS, el Acuerdo 260 de 2004 desarrolló el concepto de “copagos” como los “aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema”, aplicándose entre otros, a los afiliados al régimen subsidiado, a excepción de la población y servicios que la ley indica. Así, por ejemplo, el literal g) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 exceptuó de la cancelación de copagos a la población identificada en el nivel I del Sisbén, por tratarse de las personas más pobres. De forma similar, esta Corporación señaló que los valores a cancelar por las personas en situación de pobreza se calculan de acuerdo con la estratificación socioeconómica”.*

Asimismo, la Corte, explicó, además de las causales establecidas en la Ley, la posibilidad de eximir o exonerar del cobro de dichos valores cuando se acredite la afectación o amenaza de algún derecho fundamental, a causa de que el usuario no cuente con recursos suficientes para sufragar los costos de los servicios de salud requeridos, específicamente cuando:

*“... i) la persona que necesita con urgencia el servicio médico carece de los medios económicos para cancelar el pago moderador -caso en el cual la entidad obligada a prestar el servicio deberá asegurar el acceso al mismo y asumir el 100% del valor; ii) tiene la capacidad económica para asumir el costo del servicio, pero por alguna razón se le dificulta hacer la erogación oportunamente -situación en la cual la entidad encargada de la prestación deberá facilitar formas de financiamiento del pago correspondiente, con la posibilidad de exigir garantías y así evitar que la falta de disponibilidad inmediata se convierta en un obstáculo para acceder al servicio en cuestión (...) Por lo anterior, el Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales no puede ser entendido como fiel sinónimo de afiliación al régimen subsidiado, pero sí como la puerta de entrada para hacer efectivo el derecho de recibir servicios en salud de forma gratuita o convertirse en acreedor de una tarifa preferencial en los centros de atención médica, en contraposición a lo que ocurre en el régimen contributivo el cual ha sido dispuesto para personas con capacidad de pago”.*

### **Caso Concreto**

Descendiendo al sub examine y analizadas las pruebas allegadas al plenario, observa el Despacho que la accionante pretende la protección de sus derechos fundamentales a la vida, salud y seguridad social, en consecuencia, se ordene a la accionada **CAPITAL SALUD EPS DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S.**, “...asuma la totalidad del costo 100% [atención médica oportuna, ordenar autorizar suministro cita médica especializada con optalmología (sic) valoración y cirugía, cita médica e. reumatología, examen tomografía óptica de segmento posterior nervio óptico y

*demás ordenes médicas, incluyendo la exoneración del valor del copago o cuota moderadora (...) suministro de medicamentos ordenados de manera prioritaria...]* y, solicitó el tratamiento integral.

Al respecto, **CAPITAL SALUD EPS DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S.**, expuso su negativa en relación con la pretensión de exoneración de cuotas moderadoras o copagos por cuanto la accionante se encuentra en grupo poblacional 13, es decir no está dentro del grupo de pobreza a nivel Nacional, pues es paciente con nivel 2 de clasificación en el Sisbén por lo que no cumple con los criterios descritos en el decreto ni por diagnóstico para ser exonerado por nivel y puntaje de Sisbén así como la improcedencia de su tratamiento integral en razón a que no se han configurado motivos que lleven a inferir que la EPS ha vulnerado o vaya a vulnerar o negar deliberadamente servicios a la usuaria en el futuro.

La **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**, fue clara en indicar que, conforme lo requerido por la accionante, agendó cita con el área de oftalmología para el 22 de diciembre de 2023 a las 7:45 am en el Hospital el Tunal -consulta externa- con el doctor Esteban Nicolás Soto Plata. Así como, su negativa en cuanto a las citas con reumatología y optometría pues no oferta ni presta estos servicios por lo que le corresponde a la EPS a la cual se encuentra afiliada la paciente que le indique la IPS de atención para estas especialidades. Con relación a toma de enzima convertidora de angiotensina y factor reumatoideo, manifestó requerir autorización de la EPS ya que estos exámenes no se encuentran definidos dentro del anexo 9 que describe la contratación entre Capital Salud EPS y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. y, sobre la toma de la tomografía de segmento posterior nervio óptico si bien se oferta en esta institución, también lo es que por el momento se encuentra dañado el equipo.

Nótese que, de los informes rendidos, se permite denotar que la accionada se encuentra desplegando trámites administrativos para el agendamiento requerido, sin embargo, a la fecha se tiene que, únicamente se logró efectuar cita médica con el área de oftalmología para el 22 de diciembre de 2023 a las 7:45 am en el Hospital el Tunal -consulta externa- con el doctor Esteban Nicolás Soto Plata.

Frente a las consultas de optometría, reumatología, así como tomografía óptica de segmento posterior nervio óptico, toma de enzima convertidora de angiotensina, factor reumatoideo semiautomatizado o automatizado, las mismas no han sido en su totalidad autorizadas, ni agendadas desconociendo sus órdenes médicas para tal fin. Conforme lo anterior, resulta claro que si bien la EPS accionada inició trámites tendientes a la atención en salud de la accionante, así como ha intentado gestionar todos sus pedimientos, también lo es que los mismos no han sido abordados en su totalidad, como tampoco, a la fecha, se ha prestado la atención requerida en las pretensiones de tutela y, es que no puede desconocerse que, debido al estado de salud de la usuaria, es sujeto de una especial protección especial.

Es claro entonces que conforme el material probatorio arrojado a la actuación -ordenes médicas e historia clínica- así como del informe rendido por parte de la EPS accionada, la actora cuenta con el diagnóstico de: "escleritis" así como otras patologías oculares, de manera que requiere de una protección constitucional, la cual se traduce en el deber de brindársele acceso sin obstáculos y a un oportuno tratamiento para la atención de sus patologías.

Así las cosas, no es de recibo ningún argumento de tipo administrativo ni recaer la carga sobre la disponibilidad de agendamiento por parte de la IPS adscrita

a su red prestadora para no prestar el servicio requerido por el usuario de manera oportuna o simplemente asegurar que todo ya está autorizado por su parte, puesto que ello es su obligación ya que como se informó por la accionada y se rectificó con la información registrada en la BDUA, la promotora constitucional se encuentra en estado **activo** en la EPS accionada en el **régimen subsidiado** en calidad de **cabeza de familia**, por lo tanto es **CAPITAL SALUD EPS DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S.**, la encargada de la prestación de los servicios requeridos por la accionante e incluso con independencia de si aquél se encuentra o no incluido en el Plan de Beneficios, en la medida que no se puede constituir en una barrera para el acceso a los servicios, procedimientos, medicamentos e insumos ordenados; por lo que es menester hacer referencia al principio de oportunidad en la prestación de servicios de salud, el cual busca sean garantizados a los usuarios y que su tratamiento sea brindado y atendido sin dilación alguna, para lo cual es deber de la empresa prestadora realizar los trámites administrativos necesarios, sin que ello, se itera, sea una carga que deba soportar el paciente.

De allí que es procedente el amparo constitucional a fin de que la EPS encartada proceda a brindar las atenciones pendientes sobre las patologías que la aquejan en aras de obtener un restablecimiento del quebranto de salud en la mayor de las posibilidades de la accionante.

Ahora, en relación con la pretensión de exoneración, debe explicarse que los **copagos** son los pagos moderadores al interior del El Sistema General de Seguridad Social en Salud, su concepto se ha desarrollado como los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema, aplicándose entre otros, a los afiliados al régimen subsidiado, a excepción de la población y servicios que la Ley indica; y, por otro lado, se tiene que las **cuotas moderadoras** son un aporte en dinero que corresponden al valor que deben cancelar los afiliados cotizantes y sus beneficiarios del Régimen Contributivo por la utilización de los servicios de salud con el objetivo de racionalizar y estimular el buen uso de estos.

Para el caso, debe ser señalado el Decreto 1652 del año 2022, mediante el que se adicionó el Título 4 de la Parte 10 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, respecto del régimen de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras, el cual precisó sobre las excepciones para el cobro de cuota moderadora -artículo 2.10.4.6, No. 1º- resaltándose que todos los afiliados en el Régimen Subsidiado, en todos los servicios que requieran, serán exceptuados de dicha cuota.

Por lo que es dable afirmar que dicha petición de tutela frente a la exoneración del cobro por cuota moderadora pierde asidero jurídico al no tener que ser sufragada por la actora por su condición de afiliación en el régimen subsidiado. No obstante, también se hace relación a las excepciones del cobro de copagos, en donde serán exonerados del mismo por las atenciones de salud originadas y descritas en el artículo 2.10.4.8 ibidem, que, para el caso de marras, no se encuadran con las patologías de la accionante.

Además, nótese que también existe la excepción del cobro de cuotas moderadoras y copagos para grupos o poblaciones especiales, señalados en el artículo 2.10.4.9 de la misma normativa, los cuales, una vez revisados, tampoco se relacionan con las enfermedades que padece la aquí accionante, al igual que, revisado el grupo al cual pertenece la promotora, en el Sisbén, se encuentra el C 13, no siendo entonces población 1 o pobreza extrema.

De lo anterior, se desprende que la accionante no se encuentra en una condición de vulnerabilidad o precariedad, en tal sentido, este despacho se acoge a los criterios jurisprudenciales<sup>7</sup> mediante los que se debe acreditar la falta de capacidad económica y es claro que, si bien el llamado a desvirtuar esta situación es en principio la EPS accionada, al afiliado en su pretensión también le corresponde como principio probatorio acreditar en un mínimo su situación socioeconómica y, en el caso objeto de estudio, la accionante afirmó no contar con un trabajo estable pues su oficio es la sastrería empero no aportó probanza alguna que respalde su situación de extrema precariedad.

En claro está que el Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales no puede ser entendido como fiel sinónimo de afiliación al régimen subsidiado, pero sí como la puerta de entrada para hacer efectivo el derecho de recibir servicios en salud de forma gratuita o convertirse en acreedor de una tarifa preferencial en los centros de atención médica, en contraposición a lo que ocurre en el régimen contributivo el cual ha sido dispuesto para personas con capacidad de pago y, es que como se indicó la accionante no se encuentra, para el Sisbén IV en población de pobreza extrema ni moderada. Empero nótese que la misma accionante puede solicitar visita para que le sea estudiados sus ingresos y condiciones de vida actual y así nuevamente pueda ser clasificada en el Sisbén.

Finalmente, en lo que respecta al **tratamiento integral** requerido, es menester traer a colación lo expuesto por la Jurisprudencia Constitucional, en donde ha establecido los lineamientos para su concesión, en donde: *“(...) el juez de tutela debe ordenar el suministro de todos los servicios médicos que sean necesarios para conservar o restablecer la salud del paciente, cuando la entidad encargada de ello no ha actuado con diligencia y ha puesto en riesgo los derechos fundamentales del paciente, siempre que exista claridad sobre el tratamiento a seguir, a partir de lo dispuesto por el médico tratante.*

*Lo anterior ocurre, por una parte, porque no es posible para el juez decretar un mandato futuro e incierto, pues los fallos judiciales deben ser determinables e individualizables; y por la otra, porque en caso de no puntualizarse la orden de tratamiento integral, se estaría presumiendo la mala fe de la entidad promotora de salud, en relación con el cumplimiento de sus deberes y obligaciones para con sus afiliados, en contravía del mandato previsto en el artículo 83 de la Constitución”<sup>8</sup>.*

Bajo ese horizonte, en el caso objeto de análisis, el Despacho encuentra que las pretensiones invocadas por la actora relacionadas con la exoneración del cobro de copagos, no está llamada a prosperar, habida cuenta que, se itera, ni sus patologías ni su condición socioeconómica lo permite; al igual que la negativa en su el tratamiento integral, pues del material obrante en el expediente, ni de lo dicho por las partes en el trámite del amparo constitucional, se advierte que exista una negación a un procedimiento o tratamiento fuera de los ordenados en esta especial acción y, es que téngase en cuenta que su galeno tratante es quien debe ordenarle el procedimiento que requiera así como los medicamentos e insumos a lugar; razón por la cual no es posible tampoco acceder a ello a partir de simples suposiciones sobre hechos futuros o con el fin de precaver hipotéticas vulneraciones a los derechos fundamentales de la promotora constitucional.

Caso contrario ocurre con el restante de pretensiones pues las mismas cobran brisas de prosperidad pues en el presente caso se cumplen todos los presupuestos

---

<sup>7</sup> Ver Sentencia T- 922 de 2009

<sup>8</sup> sentencia T-092 de 2018

exigidos en la jurisprudencia de la Corte Constitucional para proteger los derechos fundamentales relacionados la salud, vida digna y seguridad social de la actora, debiendo protegerse el derecho fundamental de consagración constitucional.

En consecuencia, en aras de amparar los derechos fundamentales de la accionante **MARLENE RAMIREZ MELO**, se ordenará al representante legal de **CAPITAL SALUD EPS DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S.**, o quien haga sus veces que en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación del presente fallo, si aún no lo ha hecho, sin importar los trámites que tenga que adelantar, ya que no pueden afectar bajo ninguna circunstancia a la paciente, realice las gestiones administrativas a lugar para tratar las patologías que aquejan a la accionante, autorizando, agendando, practicando, entregando y llevando a cabo las ordenes medicas dadas por su galeno tratante, estas son: *“cita con oftalmología, consultas de optometría, reumatología, así como tomografía óptica de segmento posterior nervio óptico, toma de enzima convertidora de angiotensina, factor reumatoideo semiautomatizado o automatizado”*, pues es claro que si bien se intentó gestionar para llevarse a cabo, también lo es que aún no se han practicado en su totalidad, lo que enmarca el incumplimiento con la usuaria y la trasgresión de sus derechos fundamentales alegados por esta especial acción.

### III. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO 39 DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MULTIPLE DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

#### RESUELVE:

**PRIMERO: CONCEDER** el amparo constitucional solicitado por **MARLENE RAMIREZ MELO** identificada con cédula de ciudadanía No. 39.720.202, por las razones expuestas en la parte considerativa de esta providencia.

**SEGUNDO: ORDENAR** al representante legal de **CAPITAL SALUD EPS DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S.**, o quien haga sus veces que en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación del presente fallo, si aún no lo ha hecho, sin importar los trámites que tenga que adelantar, ya que no pueden afectar bajo ninguna circunstancia a la paciente, realice las gestiones administrativas a lugar para tratar las patologías que aquejan a la accionante, autorizando, agendando, practicando, entregando y llevando a cabo las ordenes medicas dadas por su galeno tratante, estas son: *“cita con oftalmología, consultas de optometría, reumatología, así como tomografía óptica de segmento posterior nervio óptico, toma de enzima convertidora de angiotensina, factor reumatoideo semiautomatizado o automatizado”*, pues es claro que si bien se intentó gestionar para llevarse a cabo, también lo es que aún no se han practicado en su totalidad, lo que enmarca el incumplimiento con la usuaria y la trasgresión de sus derechos fundamentales alegados por esta especial acción. Atendiendo los principios de celeridad, eficiencia, continuidad, oportunidad e integralidad, como reiteradamente lo ha dicho la jurisprudencia constitucional.

**TERCERO: NEGAR** las demás súplicas, respecto del copago y el tratamiento integral, por lo advertido en la parte considerativa

**CUARTO: NOTIFÍQUESE** esta decisión a los extremos de la acción por el medio más idóneo o expedito posible.

ACCIÓN DE TUTELA No. 11001-41-89-039-2023-01934-00

**QUINTO:** Si la sentencia no fuere impugnada dentro de la oportunidad legal, remítase el expediente a la Honorable Corte Constitucional, para su eventual REVISIÓN. Ofíciense. Déjense las constancias del caso.

**NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE,**

Firmado Por:  
Cristhian Camilo Montoya Cardenas  
Juez Municipal  
Juzgado Pequeñas Causas  
Juzgado 39 Pequeñas Causas Y Competencia Múltiple  
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

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: **c1c2bbe3ca89977a96e5b70608d35d249146449e4608b040e7b9efb77c6198b0**

Documento generado en 11/12/2023 04:50:06 PM

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