



## JUZGADO CATORCE LABORAL DEL CIRCUITO MEDELLÍN

Dos (02) de septiembre de dos mil veintidós (2022)

|                  |   |
|------------------|---|
| Proceso          | ACCION DE TUTELA  |
| Accionante       | MARIA BIRMA MOSQUERA MOSQUERA                                       |
| Accionado        | NUEVA EPS   |
| Radicado         | N° 05001 31 05 014 2022 00319 00                                    |
| Procedencia      | Reparto   |
| Instancia        | Primera   |
| Providencia      | Sentencia N° 113 de 2022  |
| Temas y Subtemas | Derecho a la salud, exoneración de copagos y cuotas de recuperación |
| Decisión         | Concede   |

La señora **MARIA BIRMA MOSQUERA MOSQUERA**, quien se identifica con cédula de ciudadanía N° 43.221.148, quien actúa en nombre propio; instauró acción de tutela en procura de obtener la protección a los derechos fundamentales a la vida en condiciones dignas, a la rehabilitación e integración social de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a la seguridad social y a la salud, presuntamente vulnerados por la **NUEVA EPS**, representada legalmente por el Gerente Regional Noroccidente, doctor **FERNANDO ECHAVARRÍA DÍEZ** o por quien haga sus veces.

### HECHOS

Manifiesta la accionante que,

«...se encuentra afiliada a la Nueva EPS, tienen 44 años de edad y desde hace cuatro años fue diagnosticada con SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO en la mano derecha, por lo que mantiene constantes dolores que no la dejan dormir, no puede sujetar nada, las cosas se le caen de las manos y no puede labora para obtener su sustento.

Debido al diagnóstico, el especialista ordenó cirugía de DESCOMPRESIÓN DE NERVIOS EN TÚNEL DEL CARPO CON NEURÓLISIS VÍA ABIERTA, la cual está programada para el 09 de septiembre de 2022 en la Clínica Fundadores a las 10:00 a.m., pero para hacerle el procedimiento le están cobrando un copago de \$475.477, los cuales no está en condición de pagar debido a que no tiene empleo y está en casa de una amiga hasta tanto le realicen la cirugía.

Anteriormente se encontraba en nivel I del SISBÉN, pero por las modificaciones realizadas quedó reclasificada en SIBÉN 2 C 17, es decir, le cambiaron su situación socioeconómica de extrema pobreza, no ha cambiado ni mejorado, es exactamente la misma.

Con la exigencia de cuotas moderadoras debido a la reclasificación del SISBÉN vulneran su derecho a la salud y vida digna.

#### PETICIÓN

TUTELAR los derechos fundamentales invocados y ORDENAR a la Nueva EPS, la exoneración de copagos o cuotas moderadoras para que sean asumidos por el Fosyga (ADRES). ORDENAR el TRATAMIENTO INTEGRAL derivado de su diagnóstico...»

#### RESPUESTA A LA ACCIÓN

Notificada la **NUEVA EPS**, a través del oficio N° 0597 del 24 de agosto de 2022, NO dio respuesta a la acción, motivo por el cual habrá de acudirse a los postulados del artículo 20 del decreto 2591 de 1991, cuyo tenor literal señala:

*“Presunción de veracidad: “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”.*

#### PRUEBAS:

Con la Acción de Tutela se anexaron los siguientes documentos:

- ✓ Copia de asignación cita Promedan

- ✓ Copia de informe electrodiagnóstico
- ✓ Copia de consulta Sisbén
- ✓ Copia de la cédula de ciudadanía N° 43.221.148

### **CONSIDERACIONES:**

**EL JUZGADO CATORCE LABORAL DEL CIRCUITO DE MEDELLÍN**, es competente para decidir en primera instancia la presente acción de tutela, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 86 de la Constitución Política, reglamentado por los Decretos 2591 de 1991 y 1382 de 2000.

**El artículo 86 de nuestra Constitución Política consagra:**

*“Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario por sí misma o por quién actúe a su nombre la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública”*

El precedente jurisprudencial, decantado por la Corte Constitucional, Máximo Guardián de la Constitución Política, está condensado en los siguientes temas y aspectos, que guardan relación con los motivos que condujeron a la ciudadana accionante, a interponer la acción de tutela:

#### **EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD – REITERACIÓN DE JURISPRUDENCIA–**

*«...El artículo 49 de la Carta Política reconoce la obligación por parte del Estado de garantizar a todas las personas la atención en salud que requieren. A partir del texto de dicha disposición, la Corte Constitucional ha desarrollado una extensa y reiterada jurisprudencia en la cual ha precisado que dicho derecho es de carácter fundamental y que comprende toda una gama de facilidades, bienes y servicios que hacen posible, de acuerdo al mandato contenido en diversos instrumentos internacionales, el imperativo de garantizar el nivel más alto posible de salud (...)*

*Así las cosas, la acción de tutela, como mecanismo constitucional de protección de los derechos fundamentales, ampara el derecho a la salud en su dimensión de acceso a los servicios médicos que se*

*requieren con necesidad, es decir, protege la garantía básica con la que cuentan todas las personas de tener acceso efectivo a los “servicios indispensables para conservar su salud, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal o su dignidad (...)*

*La normativa reglamentaria del sistema de seguridad social en salud no puede constituirse en un obstáculo para el goce efectivo de derechos de jerarquía constitucional como la vida, la dignidad y la salud. Así, esta Corporación ha considerado, desde sus inicios, que, si una persona requiere un servicio no contemplado dentro del plan obligatorio de salud, pero no cuenta con la capacidad de pago suficiente para costearlo, la entidad prestadora de servicios en salud está obligada a autorizar el servicio médico requerido, teniendo derecho al reintegro por parte del Estado del costo derivado del servicio no cubierto por el Plan obligatorio, siempre y cuando se presenten los siguientes supuestos:*

*“(i) que la falta del servicio médico que se requiere vulnere o amenace los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo necesita;*

*(ii) que el servicio no pueda ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio o cuando esté científicamente comprobado que el sustituto no tenga el mismo nivel de efectividad que el excluido;*

*(iii) Que el servicio haya sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo, o aun no siendo así, la entidad no haya desvirtuado con razones científicas la necesidad de un tratamiento ordenado por un facultativo de carácter particular”*

*(iv) La falta de capacidad económica del peticionario para costear el servicio requerido.»*

## **DE LOS SERVICIOS EN SALUD ORDENADOS POR EL MÉDICO TRATANTE**

*«La Corte Constitucional ha señalado reiteradamente que el médico tratante, es decir, aquel facultativo adscrito a la EPS del accionante, es el profesional de la salud del cual deben provenir las órdenes de servicios de salud requeridos. Así, para esta Corporación no resultan amparables, en principio, las solicitudes de protección del derecho fundamental a la salud que se refieran a servicios prescritos por un médico que no está adscrito a la EPS del peticionario.*

*No obstante, lo anterior, este Tribunal ha reconocido algunas precisas hipótesis en las cuales las órdenes médicas provenientes de un facultativo particular, no adscrito a la EPS del reclamante pueden llegar a tener valor. Sobre el particular, en la sentencia T-760 de 2008 esta Corporación sostuvo que:*

*“... el concepto de un médico que trata a una persona, puede llegar a obligar a una entidad de salud a la cual no se encuentre adscrito, si la entidad tiene noticia de dicha opinión médica, y no la descartó con base en información científica, teniendo la historia clínica particular de la persona, bien sea porque se valoró inadecuadamente a la persona o porque ni siquiera ha sido*

*sometido a consideración de los especialistas que sí están adscritos a la entidad de salud en cuestión. En tales casos, el concepto médico externo vincula a la EPS, obligándola a confirmarlo, descartarlo o modificarlo, con base en consideraciones de carácter técnico, adoptadas en el contexto del caso en concreto (...)*»

## **DE LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD**

*«La jurisprudencia de esta Corporación ha señalado de manera enfática que el servicio de salud debe prestarse de manera continua y sin interrupciones. En virtud del principio de continuidad, las EPS están constitucionalmente obligadas a prestar los servicios de salud requeridos de manera ininterrumpida, sin importar que la relación jurídica con el paciente haya concluido. En efecto, el principio de continuidad busca que los servicios en salud requeridos, que deben suministrarse por un período prolongado de tiempo, no se terminen por razones distintas a las médicas y dejen a los pacientes carentes de protección con las consecuencias que ello conlleva en sus vidas e integridad...» (Subrayas fuera del texto). (Véase: Corte Constitucional. Sentencia T-189/2010. Magistrado Ponente: Dr. JORGE IVÁN PALACIO PALACIO).*

A través de la Circular 61 de 2021, expedida el 30 de diciembre, el Ministerio de Salud y Protección Social presentó los montos de las cuotas moderadoras y copagos definidos para 2022. Estos últimos fueron definidos con topes máximos por evento y año calendario, expresados en salarios mínimos legales vigentes.

Se debe tener presente que las cuotas moderadoras y los copagos se cobran a los afiliados cotizantes y sus beneficiarios del sistema de salud pertenecientes al régimen contributivo, así como los afiliados al régimen subsidiado para contribuir con el sostenimiento del sistema de salud colombiano.

Si bien los afiliados al régimen subsidiado no deben pagar las cuotas mencionadas anteriormente, en ciertos casos deben cancelar copagos por los servicios de salud que se les han brindado.

En la precitada circular, el **MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**, dispuso:

«... El artículo 187 de la Ley 100 de 1993 dispone que los afiliados y beneficiarios del SiGSSS estarán sujetos a pagos compartidos y cuotas moderadoras, cuyo régimen fue definido por el entonces Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mediante el Acuerdo 260 de 2004, en el cual se establecieron los montos de las cuotas moderadoras y los topes máximos de los copagos por evento y año calendario, expresados en salarios mínimos legales vigentes.

Por su parte, el artículo 49 de la Ley 1955 del 2019 estableció que "... todos los cobros, sanciones, multas, tasas, tarifas y estampillas, actualmente denominados y establecidos con base en el salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV), deberán ser calculados con base en su equivalencia en términos de la Unidad de Valor Tributario (UVT). En adelante, las actualizaciones de estos valores también se harán con base en el valor de la UVT vigente".

(...)

Conforme a lo anterior, la Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, efectuó el cálculo para establecer los montos de las cuotas moderadoras y los topes máximos de los copagos por evento y año calendario, que regirán durante el año 2022, y en consecuencia, esta cartera ministerial con fundamento en sus facultades, particularmente en lo establecido en los artículos 2.3.2.1.17 y 2.6.4.2.1.19 del Decreto 780 de 2016 procede a definir en UVT el monto de las cuotas moderadoras y copagos para la vigencia 2022, para el Régimen Contributivo y Subsidiado, tomando como referente el Salario Mínimo Legal Mensual Vigente y la Unidad de Valor Tributario...»

La **CORTE CONSTITUCIONAL**, con respecto a la exoneración de copagos, en Sentencia T266 de 2020, hizo el siguiente pronunciamiento:

**«... Exoneración de pago de cuotas moderadoras y copagos.  
Reiteración de jurisprudencia**

*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.*

*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 5° del Acuerdo, para ese efecto deben respetarse los siguientes principios básicos: equidad, información al usuario, aplicación general y no simultaneidad.*

*El artículo 4° 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 9° 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.*

*(...)*

*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.*

*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. 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. 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. 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.*

*En la Sentencia **T-984 de 2006** esta Corporación 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, 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, la Corte 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...”* **Magistrado Ponente ALBERTO ROJAS RÍOS)**

En el escrito de tutela, la señora MARIA BIRMA MOSQUERA MOSQUERA sostuvo la insuficiencia económica para acceder a los servicios y medicamentos que solicita por medio de dicha acción. Afirmó que los recursos económicos son insuficientes para sufragar los costos monetarios de salud hasta afectar la continuidad en la prestación del servicio. Asimismo, la entidad accionada, a pesar de haber sido notificada en debida forma, guardó silencio. Por tal motivo, resulta suficiente para este Estrado Judicial sostener que la accionante se encuentra en una incapacidad económica para sufragar los costos que demanda el tratamiento de sus padecimientos. Por tal razón, ordenará la exoneración de las cuotas moderadoras y copagos a que haya lugar como consecuencia del suministro de los medicamentos, y servicios que requiera la afiliada para garantizar el derecho a la salud, a la vida y a la dignidad humana.

Ubicados en el asunto materia de amparo constitucional, es evidente que, en aras de efectivizar los **derechos fundamentales a la salud, en conexidad con la vida en condiciones dignas, y seguridad social (arts. 11, 13, 48 y 49 de la C.P.)**, es menester ordenar a la NUEVA EPS que, a partir de la notificación de la presente providencia, asuma la prestación de los servicios de salud que en adelante pueda requerir la señora MARIA BIRMA MOSQUERA MOSQUERA como consecuencia del diagnóstico de SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO, sin que le puedan exigir los copagos o las cuotas moderadoras por los tratamientos, medicamentos, procedimientos, exámenes, consultas y demás costos que demande la atención de su patología; además del **TRATAMIENTO INTEGRAL** que requiere con el fin de garantizar

la superación de la patología en los términos prescritos por el médico tratante.

Complementariamente, en virtud del **EQUILIBRIO FINANCIERO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, REGIMEN SUBSIDIADO**, el Despacho autorizará a la **NUEVA EPS**, a efectos de **REPETIR**, con cargo a la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD –ADRES–**, aquellos costos derivados de servicios de salud requeridos por la afiliada, siempre que no se encuentren cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud.

En mérito de lo expuesto, **EL JUZGADO CATORCE LABORAL DEL CIRCUITO DE MEDELLÍN**, administrando justicia en nombre del Pueblo y por mandato de la Constitución,

**FALLA:**

**PRIMERO:** **TUTELAR** los *derechos fundamentales a la salud, en conexidad con la vida en condiciones dignas y seguridad social (arts. 11, 13, 48 y 49 de la C.P.)*, de la señora **MARIA BIRMA MOSQUERA MOSQUERA**, quien se identifica con cédula de ciudadanía N° 43.221.148.

En consecuencia, **SE ORDENA** a la **NUEVA EPS**, representada legalmente por el Gerente Regional Noroccidente, doctor **FERNANDO ECHAVARRÍA DÍEZ** o por quien haga sus veces que, a partir de la notificación de la presente providencia, asuma la prestación de los servicios de salud que en adelante pueda requerir la señora **MARIA BIRMA MOSQUERA MOSQUERA**, como consecuencia del diagnóstico de **SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO**, sin que le puedan exigir los copagos o las cuotas moderadoras por los tratamientos, medicamentos, procedimientos, exámenes, consultas y demás costos que demande la atención de su patología; además del **TRATAMIENTO INTEGRAL** que requiere con el fin de garantizar la superación de la patología, en los términos prescritos por su médico tratante; de acuerdo con los

argumentos expuestos en los considerandos de la presente providencia que pone fin a la primera instancia de la acción de tutela..

**SEGUNDO: SE AUTORIZA** a la **NUEVA EPS, REPETIR** con cargo a la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD –ADRES–**, aquellos costos derivados de los servicios de salud requerido por la afiliada, siempre que no se encuentren cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud.

**TERCERO: NOTIFICAR** la decisión anterior a las partes, en la forma y términos indicados por el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991.

**CUARTO:** La presente Sentencia puede ser impugnada ante el Tribunal Superior de Medellín, dentro de los tres (3) días siguientes a su notificación. En caso contrario, remítase a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**



**OMAR FÉLIX JARAMILLO OROZCO**  
**JUEZ**