



**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO PROMISCOU MUNICIPAL DE YOLOMBÓ**

Yolombó, veinticinco (25) de febrero de dos mil veinte (2020)

REFERENCIA:	Acción de tutela
RADICADO:	05-890-40-89-001-2020-00034-00
ACCIONANTE:	CARLOS MARIO AGUDELO ARISTIZABAL (C.C. 70.253.067), actuando en nombre propio
ACCIONADO:	MEDIMAS EPS - SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA - IPS DIALY - SER-

OFICIO. 206

Señores

- 1. MEDIMAS EPS –**
- 2. SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA –**
- 3. IPS DIALY - SER**

Cordial saludo:

De manera atenta, me permito notificarle el fallo de tutela emitido por este Juzgado dentro del radicado de la referencia, conforme lo ordena el artículo 30 del decreto 2591 de 1991.

Adjunto copia íntegra del fallo de tutela.

Atentamente,

Will
WILFREN PINTO MARIN
Notificador

Email j01prmpalyolombo@cendoj.ramajudicial.com.co



JUZGADO PROMISCUO MUNICIPAL YOLOMBÓ ANTIOQUIA
Yolombó, Febrero Diecinueve (19) del año dos mil veinte (2020)

PROCESO	Acción Tutela
ACCIONANTE	CARLOS MARIO AGUDELO ARISTIZABAL
AFECTADA	CARLOS MARIO AGUDELO ARISTIZABAL
ACCIONADO	➤ MEDIMAS EPS ➤ SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA
VINCULADO	➤ IPS DIALY SER
RADICADO	058904089001202000034
INSTANCIA	Primera
PROVIDENCIA	Sentencia No.022del 2020
TEMA Y SUBTEMA	1) El derecho a la salud, 2) Las prestaciones de salud a cargo de la EPS, 3) El derecho que tienen los pacientes a que las entidades de salud, garanticen la prestación de los servicios de salud, con calidad y eficiencia, 4. Deber de garantizar el acceso a los servicios de salud, libre de trámites y procedimientos administrativos engorrosos e innecesarios, 5) Atención Integral, 6) el caso concreto.
DECISIÓN	Tutela derechos Concede Tratamiento Integral

Entra este Juzgado a dictar sentencia de primera instancia en acción de tutela incoada por el señor CARLOS MARIO AGUDELO ARISTIZABAL, identificado con C.C. No. 70253067, en contra de MEDIMAS EPS- S y LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA, en procura de obtener el restablecimiento de los derechos fundamentales A LA SALUD, A LA VIDA Y AL MÍNIMO VITAL, los cuales estima violentados por la entidad accionada, y donde por disposición de esta judicatura competente se vinculó a la IPS DIALY SER.

I. ANTECEDENTES.

FUNDAMENTOS FÁCTICOS.

1. Afirma el accionante que se encuentra afiliado en el Régimen Subsidiado en Salud en la EPS MEDIMAS y se ubica en el nivel 1.
2. Señala que desde hace aproximadamente unos 15 años padece diabetes y se encuentra en control con varios especialistas, entre ellos el nefrólogo.
3. Que el pasado 13 de diciembre de 2019, fue atendido por él especialista Nefrólogo en la IPS DIALY - SER en la ciudad de Medellín, donde le ordenaron HDTRISEMANAL T4H (diálisis o sea debo viajar tres veces a la semana a Medellín a realizarme la diálisis).
4. Indica que no cuenta con los recursos económicos para sufragar los gastos provenientes de su enfermedad; además debe estar en control con varios especialistas en la ciudad de Medellín.

PRUEBAS.

El tutelante aporta como medios probatorios:

- a) fotocopia de su cédula de ciudadanía
- b) fotocopia de parte de la historia clínica donde se manifiesta la enfermedad que padece y donde se dice que debe realizarse cada tres días HD TRISEMANAL.

PRETENSIONES:

Solicita el señor CARLOS MARIO AGUDELO ARISTIZABAL, identificado con C.C. No. 75.253.067, se le tutelen los derechos fundamentales A LA SALUD, A LA VIDA Y AL MÍNIMO VITAL, que dice le han sido vulnerados por la entidad accionada, ordenándole a MEDIMAS EPS - S, que asuma todos los gastos de atención en salud y demás EXONERADOLO DE COPAGOS Y/O CUOTAS MODERADORAS, además, se le cubran los respectivos viáticos (alojamiento, pasajes y alimentación) más para el acompañante por la precaria situación económica y la enfermedad catastrófica que padece durante los tres días que debe viajar a la ciudad de Medellín (lunes, miércoles y viernes).

TRÁMITE Y RESPUESTA DE LA TUTELA

Como quiera que en el texto del libelo se dio cumplimiento a la exigencia estipulada en el inciso 2° del Artículo 37 del Decreto 2591 de 1991, fue admitida la acción de tutela el día 05 DE FEBRERO de 2020 y notificada a las entidades accionadas MEDIMAS EPS - S y SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA, y la vinculada IPS DIALY SER, mediante Oficios No. 126 a 128 de la misma fecha.

- Sin Respuesta De Las Entidades accionadas ni de la entidad vinculada. Vencido el término otorgado, MEDIMAS EPS-S, SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA y la IPS DIALY SER. NO se pronunciaron frente la acción de tutela, teniendo cabida entonces, la aplicación de la presunción de veracidad, prevista en el artículo 20 del decreto 2591 de 1991, el cual establece: "*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 previa*", tomando como verídicas las afirmaciones hechas por el accionante, al respecto la Corte dispuso,

*"(...) la presunción de veracidad se concibió como un mecanismo con el cual se sanciona el desinterés y la negligencia de las autoridades o del particular contra quienes se ha incoado la acción de tutela, por cuanto se ha estimado que el trámite constitucional no puede verse supeditado a dicha respuesta y es necesario que el mismo continúe su curso"*¹

Agotado de esta manera, el trámite de la acción y reunidos los requisitos de forma previstos por los artículos 37 y 14 del Decreto Reglamentario 2591 de 1991, procede el Despacho a decidir el asunto sometido a su conocimiento con fundamento en las siguientes,

II. CONSIDERACIONES.

1. COMPETENCIA.

Teniendo en cuenta el domicilio del tutelante y la naturaleza jurídica de la entidad accionada, la competencia para conocer de esta Acción de Tutela, radica en este Despacho.

1. Sentencia T- 094 de 2016 Referencia: expediente T-5 188.224 Magistrado Ponente Dr. ALEJANDRO LINARES CANTILLO

2. PROBLEMA JURÍDICO.

Corresponde a este Juzgado determinar si al señor CARLOS MARIO AGUDELO ARISTIZABAL, identificado con C.C. 70.253.067, se le han vulnerado los derechos fundamentales A LA SALUD, A LA VIDA Y AL MÍNIMO VITAL, por parte de MEDIMAS EPS-S, y la SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA y la vinculada IPS DIALY SER, en razón de habersele prestado los servicios médicos requeridos sin EXONERARLO DE COPAGOS y/o CUOTAS MODERADORAS ante la falta de recursos económicos.

De ser afirmativa la vulneración se impone la protección constitucional, de lo contrario debe negarse la misma.

Para encontrar una respuesta a los problemas ya indicados, acudiremos a lo que la Jurisprudencia de la Corte Constitucional ha decantado en materia de:

- 1) El derecho a la salud,
- 2) Las prestaciones de salud a cargo de la EPS,
- 3) El derecho que tienen los pacientes a que las entidades de salud, garanticen la prestación de los servicios de salud, con calidad y eficiencia,
- 4) Deber de garantizar el acceso a los servicios de salud, libre de trámites y procedimientos administrativos engorrosos e innecesarios,
- 5) Atención Integral,
- 6) El Régimen Subsidiado
- 7) El caso concreto.

3. EL DERECHO A LA SALUD Y LA PERTINENCIA DE LA TUTELA PARA LOGRAR SU PROTECCIÓN.

El artículo 49 de la Constitución Política consagra la atención en salud como un servicio público a cargo del Estado, que debe ser garantizado a todas las personas mediante los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, atendiendo a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, y propendiendo por el buen nombre de su significado, lo que conlleva a *“la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser. Implica, por tanto, una acción de conservación y otra de restablecimiento.”*²

Ahora, desde el comienzo y en línea de principio, se sostuvo que el derecho a la salud no resultaba susceptible de amparo por vía de tutela, dada su naturaleza prestacional o asistencial, lo que supeditaba su efectividad a normas presupuestales, procedimientos y organización que hagan viable la eficacia del servicio público adquiriendo solo el carácter de fundamental cuando está en conexidad con otros derechos de ese rango o en casos especiales de manera autónoma o cuando existan regulaciones que generan un derecho subjetivo sobre las personas a recibir las prestaciones y los medicamentos allí definidos, sin embargo, producto de la evolución jurisprudencial y el alcance otorgado a los valores y principios sobre los cuales se cimienta el Estado Social de Derecho, resultando la Dignidad Humana uno de sus principales apogemas, es por lo que hoy en día se ha pasado a considerar el derecho a la salud como un derecho fundamental per se³, tal y como lo dijera la Corte en la sentencia T-180 de 2013

“En virtud del entendimiento del derecho a la salud como un derecho constitucional con vocación de universalidad y por tanto de fundamentalidad, esta Corte en su jurisprudencia, ha resaltado la importancia que adquiere la protección del derecho fundamental a la salud en el marco del estado social de derecho, en cuanto afecta directamente la calidad de vida”.

“(…) La Sala considera que las anteriores consideraciones son importantes a la hora de estudiar las acusaciones que formula el demandante, pues dada la naturaleza constitucional del derecho a la salud que, como se acaba de explicar, es para esta Corte precede carácter fundamental, pero que también se encuentra intrínsecamente vinculado con la garantía de otros derechos fundamentales y que por tanto por conexidad también constituye se ha reconocido como derecho fundamental al comprometer la efectividad de otros derechos fundamentales, imponen al legislador ciertos límites en el diseño y regulación legal del sistema de seguridad social en salud.” (Negrillas y subrayas fuera de texto)

2. Sentencia T-054/14

3. Corte Constitucional. Sentencia T 0256 de 2015.

No queda duda entonces, que la protección constitucional del derecho a la Salud es indiscutible, por la posibilidad que tiene de afectar la vida o la existencia en condiciones dignas de las personas.

4. RÉGIMEN DE COMPETENCIAS EN EL SECTOR DE SALUD PARA PERSONAS VINCULADAS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. REITERACIÓN DE JURISPRUDENCIA.

El artículo 48 de la Constitución consagra el derecho a la seguridad social, servicio público de carácter obligatorio que debe prestarse bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Por su parte, el artículo 49 del mismo estatuto reconoce el derecho de toda persona de acceder a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, que también es un servicio público a cargo del Estado.

En desarrollo de estas previsiones superiores, la Ley 100 de 1993 estableció en su artículo 156 que la Nación y las entidades territoriales, a través de las instituciones hospitalarias públicas o privadas en todos los niveles de atención, con contrato de prestación servicios al efecto, garantizarán el acceso a quienes no estén amparados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, hasta cuando éste logre la cobertura universal.

Establece dos tipos de destinatarios: (i) los afiliados, sea en el régimen contributivo para las personas con capacidad de pago, o a través del régimen subsidiado para los carentes de tal capacidad para cubrir el monto total de la cotización; y (ii) los participantes vinculados, *“personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención en salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado”*.

Por su parte, la Ley 715 de 2001 al fijar el régimen de competencias en el sector de salud para las entidades territoriales, asignó a los departamentos la competencia de gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

Los *vinculados* tienen en común con los *afiliados* al régimen subsidiado el hecho de carecer de capacidad de pago; sin embargo, los últimos han sido adscritos a una entidad administradora específica, que gestiona los servicios por ellos requeridos con cargo a los recursos del régimen subsidiado; mientras los simplemente vinculados deben surtir el trámite de afiliación a una ARS, teniendo derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado para el efecto.

Con base en lo anterior, corresponde a los departamentos garantizar la atención en salud de los servicios de segundo y tercer nivel de complejidad, y a los municipios asegurar la atención de primer nivel, de la población vinculada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

5. DERECHO A QUE LAS ENTIDADES RESPONSABLES GARANTICEN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD CON CALIDAD, EFICACIA Y OPORTUNIDAD.

La garantía constitucional de toda persona a acceder a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, contemplada dentro del derecho a la salud⁴, ha sido desarrollada por la jurisprudencia constitucional, haciendo énfasis en las condiciones de calidad, eficacia y oportunidad con las que los servicios deben ser prestados.

Toda persona tiene el derecho constitucional a que se le garantice el acceso efectivo a los servicios que requiera, esto es, servicios indispensables para conservar su salud, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal, o su dignidad.⁵ El orden constitucional vigente garantiza a toda persona, por lo menos, el acceso a los servicios de salud de los cuáles depende su mínimo vital y su dignidad como persona. La forma en que se garantiza su acceso al servicio de salud, depende de la manera en que la persona se encuentre vinculada al Sistema de Salud.

Para determinar cuáles son los servicios médicos que se requieren, sin lugar a dudas la persona competente para ello es el médico tratante, por ser la persona capacitada, para decidir con base en criterios científicos y por ser quien conoce al paciente. La jurisprudencia constitucional ha

⁴ Artículo 49 de la constitución política.

⁵ Sentencia T-745/13

considerado que el criterio del médico relevante es el de aquel que se encuentra adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio; por lo que, en principio, el amparo suele ser negado cuando se invoca la tutela sin contar con tal concepto.

En tal sentido, la jurisprudencia constitucional ha señalado que *“toda persona tiene derecho a que se le garantice el acceso efectivo a los servicios médicos contemplados dentro de los planes obligatorios de salud”*.⁶ Así pues, *“no brindar los medicamentos previstos en cualquiera de los planes obligatorios de salud, o no permitir la realización de las cirugías amparadas por el plan, constituye una vulneración al derecho fundamental a la salud.”*⁷ La jurisprudencia ha precisado las condiciones en las cuales la vulneración al derecho a acceder a un servicio fundamental a la salud es tutelarle, en los siguientes términos: una persona inscrita en el régimen de salud contributivo o subsidiado tiene derecho a reclamar mediante acción de tutela la prestación de un servicio de salud cuando éste (i) está contemplado por el Plan Obligatorio de Salud (POS o POS-S),⁸ (ii) fue ordenado por su médico tratante adscrito a la entidad prestadora del servicio de salud correspondiente,⁹ (iii) es necesario para conservar su salud, su vida, su dignidad, su integridad,¹⁰ o algún otro derecho fundamental y (iv) fue solicitado previamente a la entidad encargada de prestarle el servicio de salud, la cual o se ha negado o se ha demorado injustificadamente en cumplir su deber.¹¹ La Corte Constitucional ha concedido el amparo de tutela en casos similares, una vez verificadas las condiciones aquí señaladas. En otras palabras, toda persona tiene derecho a acceder a los servicios que requiera, contemplados dentro del plan de servicios del régimen que la protege.

6. DEBER DE GARANTIZAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD, LIBRE DE TRÁMITES Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS ENGORROSOS E INNECESARIOS.

El acceso al servicio médico requerido pasa, a veces, por la superación de determinados trámites administrativos. Esto es razonable, siempre que tales trámites no demoren excesivamente el acceso al servicio y no impongan al interesado una carga que no le corresponde asumir. De ello también dependen la oportunidad y calidad del servicio.

La jurisprudencia constitucional ha garantizado el derecho a acceder a los servicios de salud, libre de obstáculos burocráticos y administrativos. Así, por ejemplo, cuando por razones de carácter administrativo diferentes a las razonables de una administración diligente, una EPS demora un tratamiento médico al cual la persona tiene derecho, viola el derecho a la salud de ésta.¹² Los trámites burocráticos y administrativos que demoran irrazonablemente el acceso a un servicio de salud al que tienen derecho, irrespetan el derecho a la salud de las personas.

Expresamente, la regulación ha señalado que“(…) los trámites de verificación y autorización de servicios no podrán ser trasladados al usuario y serán de carga exclusiva de la institución prestadora de servicios y de la entidad de aseguramiento correspondiente.”¹³En especial, se ha considerado que se irrespeta el derecho a la salud de los pacientes cuando se les niega el acceso a un servicio por no haber realizado un trámite interno que corresponde a la propia entidad, como por ejemplo, la autorización de un servicio de salud.

7. ATENCIÓN INTEGRAL.

Este principio ha sido desarrollado en la jurisprudencia de la Corte Constitucional con base en diferentes normas legales y se refiere a la atención y el tratamiento completo a que tienen

6 En estos términos reiteró en la sentencia T-468 de 2013 (MP Dr. Luis Ernesto Vargas Silva)

7 Corte Constitucional, sentencia T-736 de 2013

8 Por ejemplo, en la sentencia T-745/13), fundándose en conceptos médicos que indicaban que el servicio de salud solicitado (una cirugía) no era necesario para conservar la vida ni la integridad de la accionante, la Corte consideró que la decisión de la entidad accionada de no autorizar la prestación del servicio se ajustó a derecho. “(…) toda vez que a la actora no se le practicó la cirugía (...) porque no se encuentra prevista dentro del manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud en el sistema general de seguridad social en salud (...)”.

9 El médico tratante correspondiente es la fuente de carácter técnico a la que el juez de tutela debe remitirse para poder establecer qué servicios médicos requiere una persona. Esta posición ha sido fijada, entre otros, en los fallos T-073/13 y T-178/2011.

10 Desde los inicios de la jurisprudencia constitucional en la sentencia T-161 de 2013 M.P. Fabio Morón Díaz, la Corte ha considerado que el derecho a la salud es tutelable cuando valores y derechos constitucionales fundamentales como la vida están en juego; posición jurisprudencial amplia y continuamente reiterada.

11 En los casos en los que una persona presente una acción de tutela contra una entidad encargada de promover el servicio de salud, ha reiterado la Corte, debe tenerse en cuenta que “(...) es un requisito de procedibilidad el requerir previamente a la EPS o ARS, la atención médica o el suministro de medicamentos o procedimientos (...)” que se necesitan. (Sentencia T-736 de 2004; MP Clara Inés Vargas Hernández).

12 Corte Constitucional, sentencia T-635 de 2001 M.P. Manuel José Cepeda Espinosa. La accionante, quien padecía una enfermedad catastrófica, no había podido acceder al servicio de salud ordenado por su médico tratante. No se impartió orden alguna por ser un hecho superado. Esta sentencia ha sido reiterada, entre otras, en las sentencias T-614 de 2003 (MP Eduardo Montealegre Lynett), T-881 de 2003 (MP Rodrigo Escobar Gil), T-1111 de 2003 (MP Clara Inés Vargas Hernández), T-258 de 2004 (MP Clara Inés Vargas Hernández), T-566 de 2004 (MP Manuel José Cepeda Espinosa).

13 Decreto 1703 de 2002, artículo 40.

derecho los usuarios del sistema de seguridad social en salud, según lo prescrito por el médico tratante. En la medida en que las personas tienen derecho a que se les garantice el tratamiento de salud que soliciten, en especial si se trata de una enfermedad ‘catastrófica’ o si están comprometidas la vida o la integridad personal. Las entidades territoriales no pueden dividir y fraccionar los servicios de salud requeridos por las personas. **Toda persona tiene derecho a que se le garantice la continuidad del servicio de salud, una vez éste haya sido iniciado.** De ahí que la EPS debe garantizar que el servicio de salud no sea interrumpido, súbitamente, antes de la recuperación o estabilización del paciente.

8. EL RÉGIMEN SUBSIDIADO

El artículo 211 de la Ley 100 de 1993 define el régimen subsidiado como un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la Ley 100 de 1993.

El régimen subsidiado se creó con el propósito de financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares, sin capacidad de cotizar, personas que se afilian a través del pago de una unidad de pago por capitación, UPC, subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o del fondo de solidaridad y garantías. Sus beneficiarios, son toda la población pobre y vulnerable que no tiene capacidad de pago para cotizar al régimen contributivo y recibe subsidio total o parcial para completar el valor de dicha unidad, conforme a los criterios de identificación, el orden de prioridades y el procedimiento previsto en el Acuerdo 77/97 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, art. 2°. Así, cada municipio del país hará una identificación de los potenciales beneficiarios del régimen subsidiado, mediante el sistema de selección de beneficiarios de programas sociales, SISBEN.

La dirección, control y vigilancia del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud, corresponde a la Nación, quien la ejerce a través del Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud y Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Los Departamentos son responsables de colaborar con los municipios no certificados en la operatividad del régimen subsidiado bajo el principio de subsidiariedad, sin exceder los límites de la propia competencia.

A través del régimen subsidiado se garantiza entonces el acceso de las personas de baja capacidad económica al sistema general de seguridad social en salud, circunstancia que tiene plena acreditación con la ficha correspondiente, con fundamento en la cual se les clasifica en los distintos niveles de atención.

9. CASO CONCRETO.

El señor CARLOS MARIO AGUDELO ARISTIZABAL, identificado con C.C. No. 70.253.067, tal y como se indicó en los antecedentes, solicita al Juez de tutela que amparen sus derechos fundamentales A LA SALUD, A LA VIDA Y AL MÍNIMO VITAL, que considera vulnerados por las entidades accionadas de MEDIMAS EPS - S y la SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA, además de la vinculada IPS DIALY SER.

De las pruebas documentales allegadas, se advierte que el tutelante se encuentra con estado de afiliación vigente a la EPS MEDIMAS, siendo atendido por la IPS DIALY - SER, presentando como diagnóstico: INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL y DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES RENALES.

Así las cosas, resulta importante traer a colación lo dispuesto por la H. Corte Constitucional: “Al fijar el régimen de competencias en el sector de salud para las entidades territoriales, asignó a los departamentos la competencia de gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas”.

De acuerdo con lo anterior, se concluye que en ejercicio de los deberes constitucionales que adquiere el Estado colombiano, de crear un sistema que permita la cobertura del derecho a la salud a toda la población, se han estructurado dos tipos de destinatarios: por un lado, los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado que se diferencian entre

ellos de acuerdo a la capacidad de pago para cotizar al interior del Sistema de Seguridad Social en Salud; y por otro, la figura del participante vinculado, constituido con el objetivo de cubrir aquellas personas que, si bien no se encuentran afiliados al régimen subsidiado, se les debe garantizar la prestación del servicio a través de las Instituciones públicas o privadas que tengan contrato con el Estado por no contar con la capacidad económica necesaria para cotizar en el sistema, no obstante teniendo a su cargo, la asunción de parte de los costos de servicio, de acuerdo con las normas sobre cuotas de recuperación.

En ese orden de ideas, es claro que la prestación de los servicios en salud requeridos por el afectado, está a cargo de su asegurador, que para el caso de marras es la EPS MEDIMAS, habida cuenta que éste se encuentra afiliado a dicha EPS.

Vía telefónica se informo que el quejoso carece de recursos económicos, que no tiene casa propia, que vive en Yolombó de "arrimado" donde una hermana, por su avanzada edad y enfermedad, no tiene trabajo estable, que lo que necesita es exoneración de copagos y ayuda con el transporte para su tratamiento, alojamiento y alimentación, para él y un acompañante.

Ahora bien, en cuanto a la solicitud de Exoneración de Copagos y Cuotas Moderadoras, es importante traer a colación lo expuesto por la H. Corte en la Sentencia, T-612 de 2014: *"aunque se indica que las "cuotas moderadoras" son establecidas para: (i) "regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso"; (ii) promover "en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS"; y (iii) contribuir en el pago de una "parte del valor del servicio demandado", con el fin de mejorar el servicio y conseguir la financiación del sistema; ello no significa que dicha situación se sobreponga a la garantía de los derechos fundamentales a la salud y la vida digna de las personas, toda vez que, en virtud del concepto de cargas soportables, la Corte ha determinado que en aquellos eventos en los que el costo de la prestación del servicio de salud, afecte los recursos económicos que permiten cubrir el mínimo vital del afiliado, es posible prescindir de la obligación de aportar dichos pagos en la medida en que resultan desproporcionados e incompatibles con los lineamientos del principio de cargas soportables y los objetivos de accesibilidad del derecho a la salud".* (Resalto fuera del texto).

Así mismo la Sentencia T-762 señaló: *"en materia probatoria, basta con la afirmación del tutelante consistente en la ausencia de capacidad económica para que opere una presunción de hecho que invierte la carga de la prueba en cabeza de la entidad encargada de prestar el servicio (entidad que cuenta con la información económica del paciente). Cuando eso ocurre, es ella quien debe demostrar que el paciente, y por tanto desvirtuar la presunción, puede asumir los costos del servicio requerido."*

En ese orden de ideas, en el caso bajo estudio, no se obtuvo respuesta alguna, ni de las entidades accionadas, ni de la entidad vinculada, debiendo estas, ser las llamadas a desvirtuar el dicho del tutelante, pese a contar con la información económica del señor AGUDELO ARISTIZABAL, no se desvirtuó su afirmación, según la cual, carece de capacidad económica. A pesar de invertirse la carga de la prueba, las entidades demandadas no aportaron ningún tipo de información que permitiera a este Juzgado estimar que el agenciado podía asumir esos gastos.

Pero adicionalmente, en el caso concreto operan algunos indicios que permiten concluir a esta Agencia Judicial *que efectivamente la persona carece de capacidad económica*, de conformidad con la jurisprudencia estudiada, pues no sería lógico dejar a la deriva la salud de un sujeto de derecho al no estar claramente determinado el régimen de salud al cual pertenece y más aun teniendo en cuenta que el estado Colombiano debe velar por los derechos fundamentales de su integrantes, motivo por el cual y como se dijo con anterioridad el accionante es considerado como pobre y vulnerable por lo cual se presume que pertenece al régimen subsidiado de salud. En el caso bajo análisis, se encuentra el Despacho frente al caso de una persona vinculada al Sistema de Seguridad Social en Salud en el régimen subsidiado, clasificado en el nivel I del Sisben.

Para el caso concreto se considera que el quejoso tiene derecho a la **EXONERACION de los COPAGOS, CUOTAS MODERADORAS Y/O CUOTAS DE RECUPERACIÓN** que puedan causarse por la prestación de los servicios de salud que requiera, máxime tratándose de

una enfermedad catastrófica y suministro de transporte para garantizar la efectiva prestación del servicio de salud.

Ahora, en cuanto a la solicitud de tratamiento integral, basta, una lectura de la historia clínica del paciente, quien presenta como diagnósticos: **INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL y DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES RENALES**, para determinar que la patología presentada requiere de un tratamiento continuo, permanente e integral, que exige una atención adecuada y de la cual pueden derivarse otros procedimientos que no pueden desligarse, ya que como se menciona en el compendio documental, estos son necesarios para el control adecuado de las enfermedades y que los pacientes no sean objeto de crisis y que no se vean obligados a interponer nuevas acciones de tutela.

Lo anterior, teniendo en cuenta, además, que es una obligación de las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud. En consecuencia, se concederá el Tratamiento Integral, no solo para el caso de la enfermedad: INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL y DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES RENALES, sino también todos los que se desprendan de éste, los que perentoriamente y sin excepción alguna, incluyan la prestación de cualquier servicio médico tanto POS como NO POS, que requiera el accionante, razón por la cual su atención integral se encuentra reforzada y debe ser brindada con independencia de que el conjunto de prestaciones requeridas estén excluidas de los planes obligatorios, para lo cual debe tenerse en cuenta que se cumplen los presupuestos de la Honorable Corte Constitucional para que sea viable autorizar dicho procedimientos, supeditado a lo que el médico tratante vaya definiendo u ordenando en cada fase de su tratamiento, y mientras se encuentre el vínculo contractual entre las partes.¹⁴ Además, se reitera que deberá **EXONERAR** de los **COPAGOS, CUOTAS MODERADORAS Y/O CUOTAS DE RECUPERACIÓN** que puedan causarse por la prestación de los servicios de salud que requiera en lo concerniente al referido diagnóstico.

Finalmente se ordenará **DESVINCULAR** de la presente acción a la **IPS DIALY - SER**, en razón a no encontrarse responsabilidad directa en la vulneración de los derechos fundamentales del tutelante.

De esta manera y por las razones antes expuestas, el **JUZGADO PROMISCOU MUNICIPAL DE YOLOMBÓ ANTIOQUIA**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

III FALLA:

PRIMERO: TUTELAR los derechos fundamentales **A LA SALUD, A LA VIDA Y AL MÍNIMO VITAL**, del señor **CARLOS MARIO AGUDELO ARISTIZABAL**, identificado con C.C. 70.253.067, por las razones expuestas, a cargo de la accionada **MEDIMAS EPS**, con relación a **EXONERARLO de los COPAGOS, CUOTAS MODERADORAS Y/O CUOTAS DE RECUPERACIÓN que se causen y suministro de transporte, alimentación y alojamiento para él y su acompañante, para garantizar la prestación de un servicio de salud con eficiencia y calidad.**

SEGUNDO: En consecuencia, de lo anterior deberá prestársele una **ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD**, no solo por su diagnóstico de **INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL y DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES RENALES**, sino

¹⁴Sentencia Corte Constitucional T-518 de 2006. M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

también todos los que se desprendan de éste, los que perentoriamente y sin excepción alguna, incluyan la prestación de cualquier servicio médico tanto POS como NO POS, que requiera el afectado, supeditado a lo que el médico tratante vaya definiendo u ordenando en cada fase de su tratamiento, y mientras se encuentre el vínculo contractual entre las partes, EXONERANDOLO de los COPAGOS, CUOTAS MODERADORAS Y/O CUOTAS DE RECUPERACIÓN que puedan causarse por la prestación de los servicios de salud que requiera en lo concerniente al referido diagnóstico y suministro de transporte, alimentación y alojamiento para él y su acompañante, para garantizar la prestación del servicio de salud en condiciones de eficiencia y calidad.

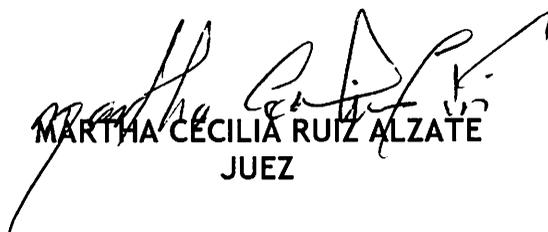
TERCERO: DESVINCULAR de la presente acción a la IPS DIALY-SER, en razón a no encontrarse responsabilidad directa en la vulneración de los derechos fundamentales del tutelante.

CUARTO: Se INSTA a la EPS MEDIMAS para realizar los trámites administrativos pertinentes a fin de gestionar el recobro ante la SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA.

QUINTO: NOTIFICAR la decisión adoptada por el medio más idóneo a las partes. Art. 30 del Decreto 2591 de 1991.

SEXTO: De no ser recurrida en el término legal de tres (3) días contados a partir de la notificación, remítase estas diligencias a la CORTE CONSTITUCIONAL para su eventual revisión (Art. 31 Dto. 2591 de 1991).

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE


MARTHA CECILIA RUIZ ALZATE
JUEZ