



Sentencia T-062/17

Referencia: expediente T-5.763.044

Accionante: Adriana Patricia David
Giraldo

Accionado: Coomeva EPS

Magistrado Ponente:
GABRIEL EDUARDO MENDOZA
MARTELO

Bogotá D.C., tres (3) de febrero de dos mil diecisiete (2017)

La Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los magistrados Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, Jorge Iván Palacio Palacio y la magistrada Gloria Stella Ortiz Delgado, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha pronunciado la siguiente

SENTENCIA

en la revisión del fallo proferido por el Juzgado 13 Penal del Circuito de Medellín, el 10 de mayo de 2016, en el trámite de la acción de tutela promovida por Adriana Patricia David EPS Giraldo contra Coomeva EPS.

El presente expediente fue escogido para revisión por la Sala de Selección Número Nueve, por medio de auto del 27 de septiembre de 2016 y repartido a la Sala Cuarta de Revisión.

I. ANTECEDENTES

1. Solicitud

Adriana Patricia David Giraldo presentó acción de tutela contra Coomeva EPS, con el objeto de que le fueran protegidos sus derechos fundamentales a la vida, a la salud, a la seguridad social y al mínimo vital, los cuales estima vulnerados por la entidad demandada al abstenerse de brindar el servicio de

transporte necesario para trasladarse a las distintas terapias y citas médicas que requiere como consecuencia de la paraplejía que padece.

2. Hechos:

1. Manifiesta la accionante, de 44 años de edad y residente en la ciudad de Medellín, que desde hace aproximadamente 27 años se ve en la obligación de movilizarse en silla de ruedas, debido a que se encuentra en una condición física especial como consecuencia de la paraplejía que la aqueja.
2. En razón a la enfermedad mencionada, se encuentra recibiendo el correspondiente tratamiento, el cual incluye la asistencia a 15 sesiones de terapia física y el mismo número de sesiones de hidroterapia, aunadas a las que debe programar una vez le realicen una cirugía que tiene pendiente.
3. Indica que trasladarse a las mencionadas citas médicas se le ha convertido en una dificultad, puesto que los gastos del transporte ascienden a 30.000 pesos por terapia y en el barrio donde habita no circulan buses de transporte público aptos para movilizar personas en sillas de ruedas.
4. Afirma que su ingreso mensual proveniente de su contrato laboral con la Cruz Roja, Seccional Antioquia, es de 832.000 pesos; debe cubrir los gastos del hogar y responder económicamente por su madre de 70 años de edad, quien no tiene trabajo ni pensión, por lo que, afirma, no se encuentra en la posibilidad de continuar sufragando los costos de transporte para trasladarse a recibir su respectivo tratamiento.
5. Por tal razón, elevó una petición ante Coomeva EPS manifestando su imposibilidad de correr con los gastos de transporte y de asumir los respectivos copagos. Así, solicitó ser exonerada de estos últimos y que fuera la entidad la que cubriera los costos de los traslados a sus distintas citas médicas y terapias. No obstante, el 3 de septiembre de 2015, la demandada se pronunció al respecto, en sentido negativo.

3. Pretensiones

La accionante solicita el amparo de sus derechos fundamentales a la vida, a la salud, a la seguridad social y al mínimo vital y, en consecuencia, que se ordene a la entidad demandada autorizar el servicio de transporte que requiere para trasladarse a las correspondientes citas médicas y sesiones de terapia necesarias, como consecuencia de su condición de paraplejía. De igual manera, que se brinde el respectivo tratamiento integral para tratar su enfermedad, eximiéndola del pago de copagos o cuotas moderadoras.

4. Pruebas

En el expediente obran las siguientes pruebas:

- Copia de la cédula de ciudadanía de la accionante (folio 4, cuaderno 2).

- Copia de la historia clínica de la demandante (folios 5 a 10, cuaderno 2).
- Copia del escrito de petición suscrito por la actora el 18 de agosto de 2015 dirigido a Coomeva EPS (folios 11 a 13, cuaderno 2).
- Copia de la respuesta emitida por la entidad demandada el 3 de septiembre de 2015 (folios 14 a 16, cuaderno 2).
- Copia de certificación laboral emitida por la Cruz Roja Colombiana, el 9 de diciembre de 2015 (folio 17, cuaderno 2).

5. Respuesta de la entidad demandada

Dentro de la oportunidad procesal correspondiente, Coomeva EPS solicitó no amparar la solicitud relacionada con la prestación de un tratamiento integral y declarar la carencia actual de objeto en relación con las demás pretensiones, bajo los siguientes argumentos:

En primer lugar, indicó que la actora se encuentra afiliada a la entidad en calidad de cotizante, en rango salarial 1, estado activo. En relación con la solicitud de transporte, sostiene que los servicios que se le brindarán a la actora corresponden a los incluidos dentro del POS, los que se encuentran por fuera de este deben ser gestionados a través del Comité Técnico Científico.

Respecto a la exoneración de cuotas moderadoras y copagos, señaló que la enfermedad de la actora no se encuentra contemplada dentro de las excepciones establecidas en el ordenamiento jurídico para ello. De igual manera, que la acción de tutela no es el mecanismo adecuado para hacer valer tal solicitud pues, en su sentir, lo que en realidad se pretende es un resarcimiento de tipo económico que no implica la vulneración de derecho fundamental alguno y escapa a la competencia del juez constitucional.

Adujo que, debido a lo expuesto, se debe concluir la “*improcedencia de la presente acción de tutela por carencia actual de objeto*” bajo el argumento de que la entidad ha dado cobertura a todos los servicios incluidos dentro del POS. En cuanto a los excluidos, han dado cumplimiento a las normas vigentes al respecto.

Finalmente, refiriéndose al cubrimiento del tratamiento integral, indicó que en el presente caso no se cumplen los presupuestos jurisprudenciales para amparar dicha solicitud, aunado a que se trata de hechos futuros e inciertos, cuyo cubrimiento implica una desventaja para otros pacientes, generando, a su vez, un desequilibrio financiero.

II. DECISIONES JUDICIALES QUE SE REVISAN

El Juzgado 21 Penal Municipal con Función de Conocimiento de Medellín, en sentencia del 4 de abril de 2016, resolvió negar el amparo solicitado al

considerar que, en primer lugar, dado que la actora no tiene que trasladarse de municipio para recibir el tratamiento, su caso no se enmarca dentro de los eventos establecidos en la Resoluciones 5521 de 2013 y 5592 de 2015, para que la entidad demandada cubra los gastos de transporte.

De otro lado, sostiene que luego de analizar la jurisprudencia constitucional tampoco se cumplen los presupuestos establecidos por la Corte para la prestación del mencionado servicio, en vista de que la actora no tiene necesidad de trasladarse a otro municipio para recibir su tratamiento médico.

También, señala que la demandante percibe un ingreso superior al salario mínimo, razón por la cual se desvirtúa la carencia de recursos económicos. En igual sentido, se encuentra en la posibilidad de realizar actividades cotidianas por sí sola y dentro de ellas trasladarse a distintos sitios, como por ejemplo, su lugar de trabajo.

Finamente, considera que no hay lugar a la exoneración de copagos o cuotas moderadoras, apoyándose en el principio de solidaridad, e indicando que, en su calidad de cotizante le corresponde asumir una cuota moderadora equivalente a 2.700 pesos por encontrarse afiliada en un rango salarial 1. En cuanto al tratamiento integral, resuelve negarlo, señalando que la actora no demostró que se le haya negado algún servicio y no es procedente amparar derechos futuros e inciertos.

Impugnación

Inconforme con lo resuelto, la actora impugnó la decisión de primera instancia reiterando los argumentos expuestos en la demanda de tutela, añadiendo que se está produciendo una afectación grave a su mínimo vital, situación que el juez de tutela no tuvo en cuenta, motivo por el cual solicita revocar el respectivo fallo.

Segunda instancia

El Juzgado 13 Penal del Circuito de Medellín, a través de providencia del 10 de mayo de 2016, confirmó la decisión acogiendo en su totalidad a los argumentos esbozados en primera instancia, agregando que en el asunto bajo estudio no se evidencia la ocurrencia de un perjuicio irremediable.

III PRUEBAS SOLICITADAS EN SEDE DE REVISIÓN:

Mediante auto del 12 de diciembre de 2016, el magistrado sustanciador consideró necesario recaudar algunas pruebas con el fin de verificar los supuestos de hecho que originan la presente solicitud. En consecuencia, resolvió lo siguiente:

“PRIMERO. Por Secretaría General, **OFÍCIESE** a Adriana Patricia David Giraldo, para que en el término de las cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de este Auto, informe a esta Sala, lo siguiente:

- Si tiene personas a cargo, indicando quiénes y cuántos?
- ¿Quiénes integran actualmente su núcleo familiar, de donde derivan sus ingresos económicos y si tienen alguna profesión, arte u oficio?
- Si es dueña de bienes muebles o inmuebles, indicando, en caso positivo, cuál es su valor y la renta que pueda derivar de ellos.
- ¿Cuál es su situación económica actual?
- Si vive en un inmueble propio o debe pagar canon de arrendamiento, indicando, de ser este último el caso, cuál es su valor.
- ¿A cuántas citas médicas y terapias debe acudir mensualmente?
- ¿Cómo se traslada actualmente a sus citas médicas?
- ¿Qué tan lejos se encuentra el lugar dónde recibe las terapias y citas médicas del lugar donde reside?

Adicionalmente, sírvase remitir a esta Corporación la documentación que soporta su respuesta al presente requerimiento.

SEGUNDO.- por conducto de la Secretaría General de esta Corporación, **OFICIAR** a la Secretaría de Movilidad de Medellín, para que, en el término de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación del presente Auto, informe a esta Sala, si el barrio 12 de octubre de la ciudad de Medellín cuenta con transporte público que permite el acceso para personas en sillas de ruedas.

A su vez, para efectos de su pronunciamiento, allegar las pruebas documentales que considere pertinentes.

TERCERO: ORDENAR a la Secretaría General de la Corporación que, una vez se hayan recepcionado las pruebas requeridas, le informe a las partes que estas estarán a disposición en la Secretaría de la Corporación, para que, en caso de considerarlo necesario, se pronuncien sobre las mismas, en el término de dos (1) día hábil, de acuerdo con el artículo 64 del Reglamento Interno de la Corte Constitucional.”

Vencido el término otorgado, la Secretaría de esta Corporación el 18 de enero de 2017 allegó al Despacho oficio a través del cual informó que no se había recibido respuesta alguna.

IV.FUNDAMENTOS JURÍDICOS DE LA DECISIÓN

1. Competencia

A través de esta Sala de Revisión la Corte Constitucional es competente para revisar las sentencias proferidas dentro del proceso de la referencia, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 86 y 241, numeral 9º, de la Constitución Política, en concordancia con los artículos 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

2. Problema jurídico

Corresponde a la Sala Cuarta de Revisión determinar si se presentó la vulneración de los derechos fundamentales a la vida, a la salud, a la seguridad social y al mínimo vital de Adriana Patricia David Giraldo, por parte de Coomeva EPS, al abstenerse de brindar el servicio de transporte necesario para trasladarse a las distintas terapias y citas médicas que requiere como consecuencia de su condición de paraplejía y, a su vez, al exigirle el pago de copagos para la prestación de los servicios correspondientes.

Previo a dilucidar la cuestión planteada, se abordará lo respectivo al (i) derecho fundamental a la salud y su protección por vía de tutela, (ii) la autorización de servicios excluidos del Plan Obligatorio de Salud, (iii) el cubrimiento de los gastos de transporte para los pacientes y sus acompañantes por parte de las Entidades Prestadoras de Salud, (iv) la naturaleza jurídica de los copagos y de las cuotas moderadoras y las hipótesis en las que cabe su exoneración. Reiteración de jurisprudencia (v) el principio de integralidad en la prestación de los servicios de salud, para, finalmente, entrar a analizar (v) el caso concreto.

2.1 Cuestiones previas

En relación con los requisitos para la procedencia de esta acción constitucional, se observa que, al tratarse de una persona que padece de paraplejía motivo por el cual debe movilizarse en silla de ruedas y requiere una atención efectiva, la accionante merece una especial protección constitucional. Por tal motivo, no se le puede imponer la carga de acudir a otros mecanismos para lograr el amparo de sus derechos, pues se trata de evitar la ocurrencia de un perjuicio irremediable.

De otro lado, se advierte que la respuesta a la solicitud de prestación del servicio de transporte y la exoneración de copagos, emitida por la EPS, tiene fecha de 3 de septiembre de 2015 y se acudió ante el juez constitucional, para solicitar el amparo de sus garantías fundamentales el 15 de marzo de 2016. Por tanto, se considera que la tutela fue presentada en momento oportuno, lo que, en conjunto con el cumplimiento del requisito de subsidiariedad, como se estableció previamente, hace que esta se torne procedente.

3. Derecho fundamental a la salud y su protección por vía de tutela. Reiteración de jurisprudencia

El artículo 48 de la Constitución consagró la seguridad social como un derecho de carácter irrenunciable que requiere garantizarse a todos los habitantes del territorio colombiano, y como servicio público obligatorio, bajo el control del Estado, que debe ser prestado con sujeción a los principios de solidaridad, eficiencia y universalidad.

Acorde con lo dispuesto por el citado artículo, la jurisprudencia de esta Corte ha determinado que el derecho fundamental a la seguridad social se encuentra definido como aquel *“conjunto de medidas institucionales tendientes a brindar progresivamente a los individuos y sus familias, las garantías*

necesarias frente a los distintos riesgos sociales que puedan afectar su capacidad y oportunidad, en orden a generar los recursos suficientes para una subsistencia acorde con la dignidad del ser humano.”¹

Por su parte, el artículo 49 de la Carta, en relación con lo anterior, consagró que toda persona tiene el derecho de acceso a la protección y recuperación de su salud, el cual se encuentra a cargo del Estado y que debe ser prestado conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Así, en desarrollo de las normas constitucionales citadas, el Congreso expidió la Ley 100 de 1993 *“por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social”*, con el objetivo de otorgar el amparo frente a aquellas contingencias a las que puedan verse expuestas las personas con la posibilidad de afectar su salud y su situación económica. En ese orden, el sistema fue estructurado con los siguientes componentes: (i) el Sistema General en Pensiones, (ii) el Sistema General en Salud, (iii) el Sistema General de Riesgos Profesionales y (iv) Servicios Sociales Complementarios.

De igual forma, y por interesar a esta causa, la mencionada ley dispone como uno de los objetivos del Sistema General en Salud, crear condiciones de acceso a todos los niveles de atención para toda la población, orientado por los principios de universalidad, calidad y eficiencia, entre otros.

Asimismo, la Ley 1751 de 2015² reconoció el carácter fundamental que comporta este derecho, tal como lo venía señalando la jurisprudencia constitucional. Dicha garantía, consiste en una serie de medidas y prestación de servicios, en procura de su materialización, en el más alto nivel de calidad e integralidad posible.³

En ese orden, esta Corte ha sostenido que, en virtud del derecho fundamental a la salud, el Estado está en la obligación de adoptar aquellas medidas necesarias para brindar a las personas este servicio de manera efectiva e integral, derecho que, de encontrarse de alguna manera amenazado, puede ser protegido por vía de acción de tutela.

Lo anterior cobra mayor importancia cuando se trata de sujetos que se encuentran en situación de debilidad manifiesta, como es el caso de los niños, las personas de la tercera edad, quienes sufren de enfermedades catastróficas, entre otras, como por ejemplo, todo tipo de cáncer⁴, y también sujetos que padecen algún tipo de discapacidad⁵ puesto que, sumado a la prestación de un servicio de calidad y un tratamiento eficiente e integral para la enfermedad que se padezca, estos merecen una especial protección por parte del Estado.

4. Autorización de servicios excluidos del Plan Obligatorio de Salud. Reiteración de jurisprudencia

¹ Sentencia T-1040 de 2008.

² *“Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”*

³ Ver sentencias T-499 de 2009 y T-152 de 2010 entre otras.

⁴ Al respecto ver sentencia T-920 de 2013

⁵ La respecto ver las Leyes 1346 de 2009 (art. 25 y 26), 1618 de 2013 (art.7, 9,10) y 1751 de 2015 (art. 11).

El Plan Obligatorio de Salud, actualmente regulado por la Resolución No. 5592 de 2015, establece todos aquellos servicios a los que tienen derecho quienes se encuentren afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud y, por consiguiente, son las EPS las que deben asumir aquellos gastos relacionados con su prestación.

A la luz de lo señalado, existen algunos servicios que se encuentran excluidos de este plan, lo que tiene como fundamento la sostenibilidad financiera, pues, debido a que los recursos del sistema son limitados, se debe propender hacia su adecuado manejo económico que, de alguna manera, justifica la cobertura delimitada, situación que ha sido admitida por la jurisprudencia constitucional.⁶

En ese orden, en principio, cuando el servicio que se requiere se encuentre excluido del POS, no es obligación de la EPS cubrirlo y, por tanto, debe ser asumido por el paciente. Sin embargo, la jurisprudencia constitucional, si bien, ha aceptado las mencionadas exclusiones, como se vio en el párrafo precedente, también ha sido enfática en señalar que existen determinados casos en los que la no prestación de un tratamiento, procedimiento o medicamento, bajo el argumento de encontrarse por fuera de lo señalado en el citado plan, puede afectar gravemente el derecho fundamental a la salud de una persona, dado que existe la posibilidad de que no cuente con los recursos necesarios para asumirlo por cuenta propia y no se prevea una alternativa que permita conjurar la afectación que padece. Por lo tanto, la regla que se plantea no es absoluta.⁷

Bajo esa perspectiva, la Corte ha establecido que para que proceda la autorización y realización de un servicio a cargo de la EPS, aunque se encuentre excluido del POS, se deben acreditar los siguientes requisitos:

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

(ii) que el servicio no pueda ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio;

(iii) que el interesado no pueda directamente costearlo, ni las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio se encuentra autorizada legalmente a cobrar, y no pueda acceder al servicio por otro plan distinto que lo beneficie;

(iv) que el servicio médico haya sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo.”⁸

⁶ Al respecto ver sentencia T-154 de 2014.

⁷ Al respecto ver sentencia T-209 de 2013.

⁸ Sentencia T-760 de 2008.

En virtud de lo anterior, se observa que todo servicio cuya inclusión no se encuentra prevista el Plan Obligatorio de Salud, incluyendo, insumos, suplementos o ayudas técnicas, deben ser autorizados y asumidos por las entidades correspondientes, de evidenciarse los supuestos antes mencionados.

Así, las cosas, se infiere que, si bien el Plan Obligatorio de Salud contempla ciertas exclusiones en pro del equilibrio financiero del sistema, esta Corte ha admitido que, en aquellos eventos en los que el afiliado requiera un servicio que no se encuentra bajo esta cobertura, pero la situación fáctica da crédito de los requisitos antes establecidos, es obligación de las EPS autorizar dicha solicitud, pues lo que debe prevalecer es la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud del afiliado.

5. El cubrimiento de los gastos de transporte para los pacientes y sus acompañantes por parte de las Entidades Prestadoras de Salud. Reiteración de jurisprudencia⁹

El servicio de transporte no es catalogado como una prestación médica en sí. No obstante, se ha considerado por la jurisprudencia constitucional, al igual que por el ordenamiento jurídico, como un medio que permite el acceso a los servicios de salud, pues, en ocasiones, de no contar con el traslado para recibir lo requerido conforme con el tratamiento médico establecido, se impide la materialización de la mencionada garantía fundamental.¹⁰

Así, la Resolución No. 5592 de 2015, “*Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y se dictan otras disposiciones*”, establece, en su artículo 126, que se procede a cubrir el traslado acuático, aéreo y terrestre de los pacientes, cuando se presenten patologías de urgencia o el servicio requerido no pueda ser prestado por la IPS del lugar donde el afiliado debería recibir el servicio, incluyendo, a su vez, el transporte para atención domiciliaria. Por lo tanto, en principio, son estos eventos los que deben ser cubiertos por las EPS.

No obstante, esta Corporación ha sostenido, como se observó en párrafos anteriores y lo ha reiterado en sus pronunciamientos, que el servicio de salud debe ser prestado de manera oportuna y eficiente, libre de barreras u obstáculos de acceso, por tanto, en aquellos casos en que el paciente requiera un traslado que no esté contemplado en la citada Resolución y, tanto él como sus familiares cercanos carezcan de recursos económicos necesarios para sufragarlo, es la EPS la llamada a cubrir el servicio, en la medida en que se pueden generar graves perjuicios en relación con la garantía del derecho fundamental a la salud.

Ante estos eventos, la jurisprudencia constitucional ha señalado que el juez de tutela debe entrar a analizar la situación fáctica que se le presenta, pues se deben acreditar las reglas establecidas por este Tribunal, como requisito para

⁹ Tomado de la sentencia T-148 de 2016.

¹⁰ A respecto ver Sentencia T-760 de 2008 y T-352 de 2010, entre otras.

amparar el derecho y trasladar la obligación a la EPS de asumir los gastos derivados del servicio de transporte,¹¹ a saber:

“que (i) ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado y (ii) de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario”¹² (resaltado fuera del texto original).

Ahora bien, en cuanto a la capacidad económica del afiliado esta Corte ha señalado que cuando este afirma que no cuenta con los recursos necesarios para asumir los servicios solicitados, lo cual puede ser comprobado por cualquier medio, incluyendo los testimonios, se invierte la carga de la prueba. Por consiguiente, es la EPS la que debe entrar a desvirtuar tal situación, en la medida en que cuenta con las herramientas para determinar si es verdadera o no.¹³

Por otro lado, relacionado también con el tema del transporte, se encuentra que pueden presentarse casos en que el paciente necesita de alguien que lo acompañe a recibir el servicio, como es el caso de personas de edad avanzada o que el tratamiento requerido causa un gran impacto en la condición de salud de la persona. En ese orden, *“si se comprueba que el paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento y que requiere de “atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas”¹⁴ (iii) ni él ni su núcleo familiar cuentan con los recursos suficientes para financiar el traslado¹⁵ la EPS adquiere la obligación de sufragar también los gastos de traslado del acompañante.*

Así las cosas, como se observó previamente, si bien el ordenamiento prevé los casos en los cuales el servicio de transporte se encuentra cubierto por el POS, existen otros eventos en que, a pesar de encontrarse excluidos, el traslado se torna de vital importancia para poder garantizar la salud de la persona, por consiguiente, el juez de tutela debe analizar la situación y reiterar que, de evidenciarse la carencia de recursos económicos tanto del paciente, como de su familia, sumado a la urgencia de la solicitud, resulta obligatorio para la EPS, cubrir los gastos que se deriven de dicho traslado, en aras de evitar imponer barreras u obstáculos a la garantía efectiva y oportuna del derecho fundamental a la salud.

6. La naturaleza jurídica de los copagos y de las cuotas moderadoras y las hipótesis en las que cabe su exoneración. Reiteración de jurisprudencia¹⁶

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 187 de la Ley 100 de 1993, los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deben asumir *“(...) pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles*

¹¹ Sentencia T-039 de 2013.

¹² Sentencia T-154 de 2014.

¹³ Ver Sentencia T-048 de 2012, entre otras.

¹⁴ Sentencia T-154 de 2014.

¹⁵ Sentencia T-459 de 2007

¹⁶ Estas ideas fueron extraídas de la sentencia **T-563 de 2010** del mismo magistrado ponente de la providencia actual.

(...)”, que tienen como finalidad racionalizar el uso de los servicios del sistema y complementar la financiación del plan obligatorio de salud¹⁷. En la misma disposición se contempla que la exigencia de esas cuotas no puede convertirse en un obstáculo para el acceso a los servicios de salud por parte de la población más pobre y vulnerable, razón por la cual se prevé que su monto deberá ser estipulado de conformidad con la situación socioeconómica de los usuarios del Sistema.

Sobre el particular, esta Corporación ha señalado que cuando una persona no tiene los recursos económicos para asumir el valor de dichas cuotas, la exigencia de las mismas limita su acceso a los servicios de salud y, en el caso en que éstos se requieran con urgencia, se pueden ver afectados algunos derechos fundamentales, los cuales deben ser protegidos teniendo en cuenta su primacía frente a cualquier otro tipo de derecho. Así, en la Sentencia T-328 de 1998¹⁸ la Corte expresó:

El conflicto se presenta cuando aquellos que no tienen el dinero suficiente para cubrir las cuotas moderadoras, copagos o no han completado las semanas mínimas de cotización prescritas en la legislación para acceder a los tratamientos de alto costo, los requieren con tal urgencia que sin ellos se verían afectados los derechos constitucionales fundamentales mencionados y, no obstante, con el argumento de cumplir la legislación señalada anteriormente, las Empresas Promotoras de Salud les niegan la atención médica necesaria.

No cabe duda de que los derechos fundamentales de las personas priman sobre cualquier otro tipo de derechos¹⁹ y cuando el conflicto anteriormente descrito se presenta, esta Corporación ha sido enfática y clara en la decisión de protegerlos, inaplicando para el caso concreto la legislación y ordenando la prestación de los servicios excluidos, cumpliendo así con lo dispuesto en el artículo 4 de la Constitución Política pues, ni siquiera la ley puede permitir el desconocimiento de los derechos personalísimos de los individuos y, cuando so pretexto de su cumplimiento se atenta contra ellos, no solamente es posible inaplicarla, sino que es un deber hacerlo.”²⁰

El Acuerdo 260 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

¹⁷ Ley 100 de 1993, Artículo 187. “De los pagos moderadores. Los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles. Para los afiliados cotizantes, estos pagos se aplicaran con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del Sistema. En el caso de los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la financiación del plan obligatorio de salud. En ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres. Para evitar la generación de restricciones al acceso por parte de la población más pobre, tales pagos para los diferentes servicios serán definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica, según la reglamentación que adopte el Gobierno Nacional, previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. // Los recaudos por estos conceptos serán recursos de las Entidades Promotoras de Salud, aunque el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá destinar parte de ellos a la subcuenta de Promoción de la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía. // PARÁGRAFO. Las normas sobre procedimientos de recaudo, definición del nivel socioeconómico de los usuarios y los servicios a los que serán aplicables, entre otros, serán definidos por el Gobierno Nacional, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud”.

¹⁸ Sentencia T-768 de 2007 MP Manuel José Cepeda Espinosa.

¹⁹ Sentencias C-265 de 1994, M. P. Alejandro Martínez Caballero y T-639 de 1997, MP Fabio Morón Díaz

²⁰ Sentencia T-328 de 3 de julio 1998, MP Fabio Morón Díaz.

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*, al señalar que las primeras, que se aplican a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, tienen por objeto 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, al paso que los segundos, que se aplican única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios, son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.

De este modo, ha dicho la Corte, que el citado acuerdo, por un lado, con el establecimiento de las cuotas moderadoras, atiende el propósito de racionalizar el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de los afiliados y sus beneficiarios, evitando desgastes innecesarios en la prestación del servicio, y, por otro, con los copagos aplicables a los beneficiarios, pretende que una vez se haya ordenado la práctica de algún examen o procedimiento, se realice una contribución, de conformidad con un porcentaje establecido por la autoridad competente, con la finalidad de generar otro aporte al Sistema y proteger su financiación²¹.

En el mencionado acuerdo se regulan los montos que se deben cancelar por concepto de cuotas moderadoras y copagos, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. Se establecen los principios que deben respetarse para la aplicación de los mismos. Así, de conformidad con el Artículo 5º del acuerdo, para ese efecto deben respetarse los siguientes principios básicos:

1. *Equidad. Las cuotas moderadoras y los copagos en ningún caso pueden convertirse en una barrera para el acceso a los servicios, ni ser utilizados para discriminar la población en razón de su riesgo de enfermar y morir, derivado de sus condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales.*
2. *Información al usuario. Las Entidades Promotoras de Salud deberán informar ampliamente al usuario sobre la existencia, el monto y los mecanismos de aplicación y cobro de cuotas moderadoras y copagos, a que estará sujeto en la respectiva entidad. En todo caso, las entidades deberán publicar su sistema de cuotas moderadoras y copagos anualmente en un diario de amplia circulación.*
3. *Aplicación general. Las Entidades Promotoras de Salud, aplicarán sin discriminación alguna a todos los usuarios tanto los copagos como las cuotas moderadoras establecidos, de conformidad con lo dispuesto en el presente acuerdo.*
4. *No simultaneidad. En ningún caso podrán aplicarse simultáneamente para un mismo servicio copagos y cuotas moderadoras.*

²¹ Ver Sentencia T-584 de 31 de julio de 2007 MP Nilson Pinilla Pinilla.

Dispone el artículo 4° del acuerdo que las cuotas moderadoras y los copagos se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante. Específicamente, en relación con los copagos, que son los que tienen relevancia en el presente caso, el acuerdo, en su artículo 9°, 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 disposición²².

Allí se señala también que se entiende por la atención de un mismo evento el manejo de una enfermedad específica del paciente en el mismo año calendario, y, en el artículo 10° del acuerdo se establece el tope máximo de copagos por afiliado beneficiario por año calendario. Tratándose de afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes, el valor del copago será del 11.50% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que el cobro por un mismo evento exceda del 28.7% del salario mínimo legal mensual vigente y se fija como tope máximo anual el 57.5% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 7° del Acuerdo 260 de 2004, están sujetos al cobro de copagos todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, con excepción de: *1. Servicios de promoción y prevención; 2. Programas de control en atención materno infantil; 3. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles; 4. Enfermedades catastróficas o de alto costo; 5. La atención inicial de urgencias y 6. Los servicios que, conforme al artículo 6° del Acuerdo están sujetos al cobro de cuotas moderadoras*²³.

²² Artículo 9°. Monto de copagos por afiliado beneficiario. El valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes, de la siguiente manera: // 1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes el 11.5% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que el cobro por un mismo evento exceda del 28.7% del salario mínimo legal mensual vigente. // 2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos y cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 17.3% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que exceda del 115% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente, por un mismo evento. // 3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 23% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que por un mismo evento exceda del 230% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente. // Parágrafo. Para efectos del presente acuerdo se entiende por la atención de un mismo evento el manejo de una patología específica del paciente en el mismo año calendario.

²³ Acuerdo 260 de 2004, Artículo 6°. Servicios sujetos al cobro de cuotas moderadoras. Se aplicarán cuotas moderadoras a los siguientes servicios, en las frecuencias que autónomamente definan las EPS: // 1. Consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada. // 2. Consulta externa por médico especialista. // 3. Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos. El formato para dicha fórmula deberá incluir como mínimo tres casillas. // 4. Exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo cuatro casillas. // 5. Exámenes de diagnóstico por imagenología, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo tres casillas. // 6. Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando la utilización de estos servicios no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud. // Parágrafo 1°. En ningún caso podrá exigirse el pago anticipado de la cuota moderadora como condición para la atención en los servicios de urgencias. // Parágrafo 2°. Si el usuario está inscrito o se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de

Adicionalmente, la Corte ha fijado dos reglas jurisprudenciales²⁴, de origen constitucional, para determinar los casos en que, en aras de obtener la protección de algún derecho que pueda resultar vulnerado, es necesario eximir al afiliado del pago de las cuotas moderadoras, copagos o cuotas de recuperación según el régimen al que se encuentre afiliado.

Al respecto dispuso que procederá esa exoneración **(i)** cuando la persona que necesita con urgencia²⁵ un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de los pagos moderadores, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a este, asumiendo el 100% del valor²⁶ 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, 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 servicio²⁷.

En la Sentencia T-984 de 2006²⁸ 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.”*

En este orden de ideas, de conformidad con lo indicado, se tiene que la exigencia reglamentaria de reclamar el pago de cuotas moderadoras y/o copagos no es contraria a la Constitución pues, a través de ellos se busca obtener una contribución económica al Sistema en razón a los servicios prestados. Sin embargo, aquél no podrá exigirse cuando de su aplicación surja la vulneración a un derecho fundamental²⁹.

En todo caso, se precisa, será el juez constitucional el encargado de verificar,

atención integral para patologías específicas, en el cual dicho usuario debe seguir un plan rutinario de actividades de control, no habrá lugar a cobro de cuotas moderadoras en dichos servicios. // Parágrafo 3º. Las cuotas moderadoras se pagarán al momento de utilización de cada uno de los servicios, en forma independiente.

²⁴ Ver Sentencia T-697 de 6 de septiembre de 2007 MP Rodrigo Escobar Gil.

²⁵ Sobre este particular la Corte Constitucional ha sostenido que para las personas que padecen una enfermedad catastrófica, existe una urgencia en la prestación del servicio a la salud y ha ratificado que procede la regla de no exigibilidad de los copagos correspondientes por considerarse que ante esa reclamación se pueden ver afectados derechos fundamentales.

²⁶ Ver Sentencia T-743 de 6 de agosto de 2004 MP Manuel José Cepeda Espinosa.

²⁷ Ver Sentencia T-330 de 28 de abril de 2006 MP Jaime Córdoba Triviño.

²⁸ Sentencia T-984 de 27 de noviembre de 2006 MP Jaime Córdoba Triviño.

²⁹ Ver Sentencia T-697 de 6 de septiembre de 2007 MP Rodrigo Escobar Gil.

en cada caso, si el pago de las cuotas de recuperación exigidas por la ley, obstaculiza el acceso al servicio de salud y si, como consecuencia de ello, se genera una vulneración de los derechos fundamentales.

7. Principio de integralidad en la prestación de los servicios de salud, Reiteración de jurisprudencia

Esta Corporación, en diversas oportunidades, se ha referido al principio de integralidad en materia de salud. Una de las perspectivas a través de las cuales se ha abordado el tema, es aquella relativa a la adopción de todas las medidas necesarias encaminadas a brindar un tratamiento que efectivamente mejore las condiciones de salud y calidad de vida de las personas.³⁰ Es decir, es obligación del Estado y de las entidades encargadas de la prestación del servicio, propender hacia *“la autorización total de los tratamientos, medicamentos, intervenciones, procedimientos, exámenes, controles, seguimientos y demás que el paciente requiera con ocasión del cuidado de su patología y que sean considerados como necesarios por el médico tratante”*³¹, como lo determinó también el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015.

En ese orden, no se puede imponer obstáculo alguno para que el paciente acceda a todas aquellas prestaciones que el médico tratante considere que son las indicadas para combatir sus afecciones, de manera oportuna y completa.

Así, por regla general, los servicios que deben ser otorgados de manera integral, son aquellos que el profesional de la salud estime pertinentes para atender el padecimiento que se presente. Al respecto, la Corte ha señalado que:

*“(...) el principio de integralidad no puede entenderse de manera abstracta, lo cual supone que las órdenes de tutela que reconocen atención integral en salud se encuentran sujetas a los conceptos que emita el personal médico, y no, por ejemplo, a lo que estime el paciente. En tal sentido, se trata de garantizar el derecho constitucional a la salud de las personas, siempre teniendo en cuenta las indicaciones y requerimientos del médico tratante.”*³²

Bajo esa perspectiva, dado que con el tratamiento integral se logra garantizar la atención eficiente, adecuada y oportuna de las patologías que puedan presentar los pacientes diagnosticados por el respectivo médico tratante, el amparo por vía de tutela se torna procedente.

Ahora bien, la Corte ha identificado que existen ciertos eventos en los que no se logra evidenciar con claridad que el tratamiento solicitado por el paciente relacionado con la atención integral, provenga de una orden médica o siquiera se acredite concepto o criterio del galeno, por tanto, sostiene que, en estos casos, el juez constitucional al conceder el amparo, debe ajustarse a precisos

³⁰ Sentencia T-408 de 2011.

³¹ Sentencia T-408 de 2011.

³² Sentencia T-053 de 2009.

presupuestos, que le permitan determinar con claridad la orden que se pretende³³ dictar, a saber:

*“(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”*³⁴

De igual manera, se considera pertinente resaltar que, tal como lo ha sostenido la jurisprudencia de este Tribunal, cuando están en juego las garantías fundamentales de sujetos que merecen una especial protección constitucional, como es el caso de menores de edad, adultos mayores, indígenas, desplazados, personas con discapacidad física o que padezcan enfermedades catastróficas como sida o cáncer entre otras patologías, la atención integral en materia de salud debe ser brindada independientemente de que las prestaciones requeridas se encuentren o no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud.³⁵

A la luz de lo anterior, la Corte ha reiterado, a su vez, que debido a que el derecho fundamental a la salud comprende no solo el bienestar físico, biológico y funcional de la persona, sino, también, los aspectos psicológicos y emocionales y que la atención integral debe aplicarse a todas estas facetas, se configura la obligación de las EPS de brindar un tratamiento completo para todas las enfermedades que afectan todos aquellos ámbitos que hacen parte del mencionado derecho, para, de esta manera, propiciar una adecuada calidad de vida y dignidad humana en todas las esferas de la salud de una persona.³⁶

Bajo la anterior perspectiva, la Corte ha reconocido que el servicio de salud debe ir orientado no solo a superar las afecciones que perturben las condiciones físicas o mentales de la persona, sino, también, a sobrellevar la enfermedad manteniendo la integridad personal. En ese mismo sentido, es que se debe encaminar la protección constitucional del derecho fundamental a la salud, es decir que, a pesar del padecimiento y además de brindar el tratamiento integral adecuado, se debe propender a que su entorno sea tolerable y digno.

En efecto, el derecho en cuestión puede resultar vulnerado cuando la entidad prestadora del servicio se niega a acceder a aquellas prestaciones asistenciales que, si bien no tienen la capacidad de mejorar la condición de salud de la persona, logran hacer que la misma sea más manejable y digna, buscando disminuir las consecuencias de su enfermedad. Sobre el particular la Corte ha sostenido que:

“(...)el derecho a la vida implica también la salvaguardia de unas condiciones tolerables, que permitan subsistir con dignidad y, por

³³ Al respecto ver sentencia T-209 de 2013 entre otras.

³⁴ Sentencia T-531 de 2009.

³⁵ Al respecto ver sentencia T-408 de 2011 y T-209 de 2013, entre otras.

³⁶ Al respecto ver Sentencia T-381 de 2014.

tanto, para su protección no se requiere estar enfrentado a una situación inminente de muerte, sino que al hacerse indigna la existencia ha de emerger la protección constitucional.”³⁷

De lo anterior se desprende, que para esta Corte es factible la ocurrencia de eventos en los cuales resulta contrario al principio de integralidad en materia de salud, que se exijan trámites netamente administrativos para acceder a ciertos servicios, cuando de la condición de la persona resulta evidente que los requiere para sobrellevar la afectación que la aqueja y, frente a los cuales, someterla a solicitar una prescripción médica puede resultar desproporcionado. Tal enfoque ha sido reiterado en numerosas oportunidades por la Corporación.

Bajo ese orden de ideas, es claro que en casos en los que la enfermedad de la persona hace notorias sus condiciones indignas de existencia, resulta desproporcionado y contrario al principio de integralidad en materia de salud, que se exijan requisitos de carácter administrativo, como lo es la prescripción por parte del galeno tratante, para que el paciente pueda recibir la asistencia médica requerida.

Así las cosas, cabe concluir que el tratamiento integral en materia de salud, comporta una gran importancia en cuanto a la garantía efectiva de este derecho fundamental, en la medida en que no se reduce a la prestación de medicamentos o de procedimientos de manera aislada, sino que abarca todas aquellas prestaciones que se consideran necesarias para conjurar las afecciones que puede sufrir una persona, ya sean de carácter físico, funcional, psicológico emocional e inclusive social, derivando en la imposibilidad de imponer obstáculos para obtener un adecuado acceso al servicio, reforzándose aún más dicho entendimiento cuando se trata de sujetos que merecen un especial amparo constitucional.

8. Caso concreto

Con fundamento en las anteriores consideraciones, pasa la Sala a analizar si, efectivamente, se presentó la vulneración de los derechos fundamentales a la vida, a la salud, a la seguridad social y al mínimo vital de Adriana Patricia David Giraldo, por parte de Coomeva EPS, al negar el servicio de transporte necesario para trasladarse a las distintas terapias y citas médicas que requiere como consecuencia de su condición de paraplejía.

En el expediente se evidencia que la accionante padece paraplejía, motivo por el cual debe movilizarse en silla de ruedas, desde hace 27 años. Se encuentra recibiendo el tratamiento correspondiente el que incluye, según indica, 15 sesiones de terapia física y de hidroterapia, quedando pendientes por programar las que le ordenen una vez realizada una intervención quirúrgica que tiene pendiente.

³⁷Sentencia T-694 de 2009.

Sostiene que en el barrio donde reside, no circulan buses de transporte público aptos para movilizar personas en sillas de ruedas. En esa medida, para trasladarse a recibir las mencionadas terapias y demás citas médicas, debe asumir los gastos de traslado que ascienden a 30.000 pesos por sesión, situación que afecta su situación económica, en vista de que su ingreso mensual es de 832.000 pesos, con los cuales debe cubrir también lo necesario para el hogar y velar por su madre de 70 años de edad, quien no trabaja, ni recibe una pensión.

Al verse en la imposibilidad de continuar sufragando los gastos de transporte, como consecuencia de la situación antes mencionada, resolvió solicitar a Coomeva EPS que cubriera dichos traslados y que se le exonerara de los correspondientes copagos. Sin embargo, el 3 de septiembre de 2015, la entidad se manifestó en sentido negativo.

Por su parte, la EPS accionada afirmó que la demandante se encuentra afiliada a la entidad en calidad de cotizante, en rango salarial 1. De otro lado, indicó que se le brindan todos aquellos servicios incluidos dentro del POS, y los que se encuentran por fuera, deben ser gestionados a través del Comité Técnico Científico.

En relación con la exoneración de cuotas moderadoras y copagos, señaló que la enfermedad de la actora no se encuentra contemplada dentro de las excepciones establecidas en el ordenamiento jurídico para ello. Aunado a que, consideró que la acción de tutela no puede ser utilizada con el fin de obtener un resarcimiento económico.

Así, de las circunstancias fácticas anotadas, lo primero que advierte la Sala es que Adriana Patricia David Giraldo, al encontrarse en situación de discapacidad debido a la enfermedad que padece, merece una especial protección constitucional. Esto implica que, como se vio en la parte considerativa de esta providencia, el tratamiento integral correspondiente debe ser brindado independientemente de si lo requerido se encuentra incluido o no en el POS y, conforme a lo prescrito por su médico tratante.

De otro lado, contrario a lo que sugiere la entidad demandada, es pertinente reiterar que el POS establece ciertos eventos específicos en los que el servicio de transporte debe prestarse a cargo de la EPS, a saber: cuando se presenten patologías de urgencia o el servicio requerido no pueda ser prestado por la IPS del lugar donde el afiliado debería recibir el servicio, incluyendo, a su vez, el transporte para atención domiciliaria. Así, en principio, un caso que no se enmarque dentro de dichos supuestos lleva a que la prestación deba ser asumida por el paciente.

En el asunto bajo, se advierte que las sesiones de terapia y demás servicios médicos que la actora requiere los puede recibir en la ciudad donde se encuentra domiciliada, por lo que su situación fáctica no se adecuaría a los eventos en los cuales el transporte en cuestión debe ser asumido por la EPS.

No obstante, según lo visto en párrafos anteriores, en aquellos eventos que no se ajusten a lo señalado por el ordenamiento para acceder a dicho servicio, el juez debe verificar si se enmarca dentro los presupuestos establecidos por esta Corte, para que sea la EPS quien asuma los gastos de traslado, a saber: “(...) que (i) ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado y (ii) de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario.”³⁸

En cuanto a los copagos, la Corte ha señalado que aun cuando el asunto no se enmarque dentro de los presupuestos de ley para que el paciente sea exonerado, si se evidencia que este último carece de recursos para asumirlos, se debe prestar el servicio requerido sin exigir el correspondiente pago.

De igual manera, conforme a lo establecido en la parte motiva de esta providencia, en asuntos como el que se estudia, se invierte la carga de la prueba, siendo la EPS quien debe demostrar la capacidad económica del paciente.

En este caso, la demandante afirma que no cuenta con los recursos suficientes para asumir los gastos de transporte para recibir las terapias que requiere como consecuencia de su paraplejía. Al respecto, la entidad demandada se limitó a manifestar que la actora se encuentra en un rango salarial 1 y es cabeza de familia con un IBC equivalente a 1'093.000 pesos,³⁹ argumentos insuficientes para demostrar la capacidad económica de la actora.

En efecto, en la demanda se indicó que son 15 sesiones de terapia física e igual número de citas para hidroterapia, a las que se debe asistir (hecho que no fue controvertido por la EPS) y en cada una asumir un gasto de 30.000 pesos, sumado a las demás responsabilidades en materia económica que debe atender, en relación con su hogar y con su madre. Aunado a ello, a pesar de que el monto que debe sufragar por copago es de 2.700 pesos, el costo total de los servicios mencionados por este concepto ascendería a 81.000 pesos aproximadamente, sin tener en cuenta asuntos médicos que pueda requerir.

Bajo ese orden, es claro que la accionante no cuenta con los recursos suficientes para cubrir el servicio de transporte que solicita y, por tanto es la entidad demandada la llamada a correr con dichos gastos. También debe acceder a la exoneración de copagos, toda vez que, según lo visto en párrafos anteriores, no es de recibo interponer obstáculo alguno que impida el acceso a los servicios de salud y, por consiguiente, la materialización de este derecho fundamental.

Así las cosas, la Sala procederá a revocar la sentencia dictada en segunda instancia de tutela por Juzgado 13 Penal del Circuito de Medellín, y, en su lugar, concederá el amparo solicitado, ordenando a Coomeva EPS que en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de esta providencia, autorice el servicio de transporte que la accionante requiere para trasladarse a sus citas médicas y sesiones de terapia; al igual que

³⁸ Sentencia T-154 de 2014.

³⁹ Folios 21 y 22, cuaderno 2.

brindarle el tratamiento integral que necesite de conformidad con lo prescrito por su médico tratante, exonerándola de efectuar los respectivos copagos.

Lo anterior, sin perjuicio de que las entidades correspondientes verifiquen la real situación económica de la demandante, pues, si posteriormente logran evidenciar que cuenta con los recursos para asumir los gastos de transporte y efectuar los copagos, cesa la obligación de la EPS de correr con los mismos.

IV. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional, administrando justicia en nombre del Pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE:

PRIMERO.- REVOCAR la sentencia proferida el Juzgado 13 Penal del Circuito de Medellín, el 10 de mayo de 2016, que a su turno confirmó el fallo dictado por el Juzgado 21 Penal Municipal con Función de Conocimiento de Medellín, el 4 de abril de 2016, dentro del proceso de tutela promovido por Adriana Patricia David Giraldo contra Coomeva EPS, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia y, en consecuencia, **TUTELAR** los derechos fundamentales a la salud, a la seguridad social y al mínimo vital de la actora.

SEGUNDO.- ORDENAR a Coomeva EPS que en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de esta providencia, autorice el servicio de transporte que la accionante requiere para trasladarse a sus citas médicas y sesiones de terapia, de conformidad con lo prescrito por su médico tratante. De igual manera, se le brinde el tratamiento integral que requiere, exonerándola de efectuar los respectivos copagos.

Lo anterior, sin perjuicio de que las entidades correspondientes verifiquen la real situación económica de la demandante, pues, si posteriormente logran evidenciar que cuenta con los recursos para asumir los gastos de transporte y efectuar los copagos, cesa la obligación de la EPS de correr con los mismos.

TERCERO.- Por Secretaría General, **LÍBRESE** la comunicación a que se refiere el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

Cópiese, notifíquese, comuníquese, publíquese y cúmplase.

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO
Magistrado

GLORIA STELLA ORTIZ DELGADO
Magistrada
Con salvamento parcial de voto

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO
Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA DE MONCALEANO
Secretaria General