

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



**JUZGADO OCTAVO DE PEQUEÑAS CAUSAS LABORALES DEL DISTRITO JUDICIAL DE
BOGOTÁ D.C.**

ACCIÓN DE TUTELA

RADICADO: 11001-41-05-008-2022-00274-00

ACCIONANTE: HILDEBRANDO NIÑO ROA como agente oficioso de **DIANA MARCELA
NIÑO NIÑO**

ACCIONADA: E.P.S FAMISANAR

**VINCULADO: CENTRO DE INVESTIGACIONES ONCOLÓGICAS CLÍNICA SAN DIEGO -
CIOSAD S.A.S.**

SENTENCIA

En Bogotá D.C., a los tres (3) días del mes de mayo del año dos mil veintidós (2022), procede este Despacho judicial a decidir la Acción de Tutela impetrada por **HILDEBRANDO NIÑO ROA** en calidad de agente oficioso de **DIANA MARCELA NIÑO NIÑO**, quien pretende el amparo del derecho fundamental a la salud, presuntamente vulnerado por la **E.P.S FAMISANAR**.

RESEÑA FÁCTICA

El señor **HILDEBRANDO NIÑO ROA** en calidad de agente oficioso de **DIANA MARCELA NIÑO NIÑO**, solicita se conceda la tutela integral, donde se incluya la exoneración de cuotas moderadoras por hospitalizaciones, exámenes, medicamentos, procedimientos, terapias y citas de todos los diagnósticos señalados en su historial clínico.

Que se autorice el servicio de transporte para citas y exámenes, ya que actualmente sólo lo tiene para movilizarse a las hemodiálisis, pero debido a que es paciente oxígeno dependiente, se fatiga fácilmente y los recorridos son lejanos a su domicilio.

Que existe una Sentencia proferida por el Juzgado 45 Penal Municipal a favor de **DIANA MARCELA NIÑO**, la cual únicamente cubija la patología de *insuficiencia renal*.

Que se le exija a la **EPS FAMISANAR** prontitud en la autorización de los servicios médicos, ya que su hija tiene orden médica para cita de hematología, la cual le fue asignada en la **CLÍNICA SAN DIEGO** para el 22 de marzo de 2022 a las 2:15 p.m., asistió a la consulta, pero al momento de facturar le informaron que no la podían atender porque el médico no estaba.

Que solicitaron redireccionamiento de la autorización a otra IPS, pero el 01 de abril a las 05:00 p.m. recibieron una llamada de la **EPS FAMISANAR** en la que le preguntaron por qué no había asistido a la cita de hematología en la **CLÍNICA SAN DIEGO** a las 8:00 a.m. ese mismo día, siendo que nadie se había comunicado con antelación para informar sobre el agendamiento de la cita médica.

Por ello, solicita que se dirija a **DIANA MARCELA NIÑO** a otra IPS que le brinde oportunamente la consulta de primera vez por especialista en hematología.

TRÁMITE PREVIO

Mediante Auto de Sustanciación No. 782 del 20 de abril de 2022, se dispuso oficiar al **JUZGADO CUARENTA Y CINCO PENAL MUNICIPAL DE BOGOTÁ**, para que se sirviera indicar si en ese Juzgado se adelanta o se adelantó una acción de tutela de **DIANA MARCELA NIÑO NIÑO** en contra de la **E.P.S. FAMISANAR**; y, en caso afirmativo, allegara: (i) Una copia del acta de reparto; (ii) Una copia del auto admisorio; (iii) Una copia del escrito de tutela; y (iv) Una copia de la sentencia de primera y de segunda instancia, si la hubiere. Atendiendo dicho requerimiento, el Juzgado Penal, mediante correo electrónico del 21 de abril de 2022, aportó copia de la Sentencia No. 2020-00032.

CONTESTACIÓN DE LA ACCIÓN DE TUTELA

CENTRO DE INVESTIGACIONES ONCOLÓGICAS CLÍNICA SAN DIEGO - CIOSAD S.A.S.:

La vinculada allegó contestación el 22 de abril de 2022, en la que manifiesta que la consulta inicialmente programada el 22 de marzo de 2022 a las 2:15 p.m. fue cancelada porque el médico especialista en hematología se encontraba en aislamiento por Covid-19.

Que se intentó contactar vía telefónica a la accionante, pero no se obtuvo respuesta, por lo que la paciente llegó a la consulta, se le informó lo sucedido e inmediatamente se procedió a realizar la respectiva reprogramación.

Que la cita de primera vez con especialista en hematología fue reprogramada para el 01 de abril de 2022 a las 8:00 a.m., pero la paciente no acudió a la consulta.

Que se realizó reprogramación de la consulta médica para el 02 de mayo de 2022 a las 03:15 p.m., con el médico Dr. Carmelo Rafael Fuentes Restrepo.

Conforme a lo anterior, solicita se le desvincule, teniendo en cuenta que no ha vulnerado ningún derecho fundamental, ni ha imposibilitado el acceso a los servicios de salud.

E.P.S. FAMISANAR:

La accionada allegó contestación el 25 de abril de 2022, en la que indica que la accionante se encuentra exonerada del cobro de cuotas moderadoras y/o copagos, por el diagnóstico *insuficiencia renal*, de acuerdo con el artículo 114 de la Resolución 2292 de 2021.

Que la solicitud de exonerar de copagos y cuotas moderadoras a la paciente es improcedente por cuanto algunas de las patologías no se encuentran dentro de las denominadas enfermedades catastróficas o de alto costo.

Que el accionante no señala las razones por las cuales solicita la exoneración, es decir, no comprueba la falta de capacidad económica para sufragar los valores por concepto de copagos y/o cuotas moderadoras.

Que, al validar el grupo familiar de la paciente, el cual se encuentra conformado por el señor **HILDEBRANDO NIÑO ROA** y la señora **ANA TULIA NIÑO BUENO**, se observa que se encuentran como cotizantes del grupo familiar y presentan un IBC de \$1.373.333 y \$1.120.000, respectivamente.

Que existen 2 cotizantes en el grupo familiar de la agenciada, por lo cual no es dable presumir la falta de capacidad económica para sufragar los \$3.700 que debe cancelar la paciente como cuota moderadora para acceder a los servicios de salud.

Que no es procedente la solicitud de transporte convencional para el paciente y un acompañante de manera permanente e indefinida para asistir a citas, teniendo en cuenta que se encuentra recibiendo toda la atención médica requerida en el municipio de residencia, y no ha sido trasladada para recibir los servicios en una ciudad distinta.

Que la usuaria no demuestra carencia de recursos económicos para cubrir servicios que no corresponden al ámbito de la salud y, por lo tanto, no existe un perjuicio irremediable que comprometa el derecho a la salud en conexidad con el derecho fundamental a la vida.

Que no existe orden médica que prescriba la necesidad del transporte, con las especificaciones técnicas, por lo que la EPS no puede incurrir en una indebida destinación de recursos de la salud, para cubrir servicios que no corresponden a ese ámbito.

Que la solicitud de tratamiento integral no es procedente, por cuanto la entidad ha desplegado todas las acciones de gestión de prestación de servicios de salud en favor de la usuaria para garantizar su acceso a todos los servicios ordenados por su médico tratante.

Que, además, no se han configurado motivos que lleven a inferir que la EPS haya vulnerado o pretenda negar deliberadamente el acceso de la afiliada a servicios de salud a futuro.

Que, ante la ausencia de vulneración o amenaza de derecho fundamental, las pretensiones no están llamadas a prosperar, por lo que solicita declarar la improcedencia de la acción de tutela. Y en caso de conceder el amparo integral, se determinen expresamente en la parte resolutive de la sentencia las prestaciones en salud cobijadas, así como la patología.

CONSIDERACIONES

PROBLEMA JURÍDICO

Con fundamento en los antecedentes expuestos, el Despacho se plantea los siguientes problemas jurídicos: (i) ¿Están dadas las condiciones para que la **E.P.S. FAMISANAR** exonere a **DIANA MARCELA NIÑO NIÑO** del deber de sufragar las cuotas moderadoras para la prestación de los servicios médicos requeridos para tratar sus patologías?; (ii) ¿La **E.P.S. FAMISANAR** ha vulnerado el derecho fundamental a la salud de la agenciada al no suministrarle el transporte para citas y exámenes médicos?; (iii) ¿La **E.P.S. FAMISANAR** y/o el **CENTRO DE INVESTIGACIONES ONCOLÓGICAS CLÍNICA SAN DIEGO - CIOSAD S.A.S.** han vulnerado el derecho fundamental a la salud de la agenciada al no haber programado la consulta médica de primera vez por hematología, ordenada por su médico tratante?; y (iv) ¿Están dadas las condiciones para ordenar el tratamiento integral, a partir de los requisitos señalados por la jurisprudencia constitucional?

MARCO NORMATIVO

Conforme el artículo 86 de la Constitución Política, la acción de tutela es un instrumento judicial de carácter constitucional, subsidiario, residual y autónomo, dirigido a facilitar y permitir el control de los actos u omisiones de todas las autoridades públicas y excepcionalmente de los particulares cuando éstos vulneren derechos fundamentales.

Esta acción constitucional puede ser interpuesta por cualquier persona, a fin de obtener la pronta y efectiva defensa de los derechos fundamentales cuando ello resulte urgente para evitar un perjuicio irremediable, o cuando no exista otro medio de defensa judicial.

DERECHO A LA SALUD

El artículo 48 de la Constitución Política consagra la seguridad social y la define en los siguientes términos: *“es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley”*.

Por su parte, el artículo 49, respecto del derecho a la salud, señala que: *“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley (...)”*.

Al estudiar los complejos problemas que plantean los requerimientos de atención en salud, la Corte Constitucional se ha referido a sus facetas, una como *derecho* y otra como *servicio público* a cargo del Estado¹. Cada una de estas expresiones implica un ejercicio de valoración particular, en el que se debe tener en cuenta el conjunto de principios que les son aplicables. Así, en cuanto a la salud como derecho, se ha dicho que la misma se relaciona con los mandatos de *continuidad, integralidad e igualdad*; mientras que, respecto a la salud como servicio, se ha advertido que su prestación debe atender a los principios de *eficiencia, universalidad y solidaridad*.

Al enfocarse en el estudio de la primera faceta, en la **Ley Estatutaria 1751 de 2015** el legislador le atribuyó a la salud el carácter de derecho fundamental autónomo e irrenunciable. De igual manera, estableció un precepto general de cobertura al indicar que

¹ Sentencias T-134 de 2002 y T-544 de 2002.

su acceso debe ser oportuno, eficaz, de calidad y en condiciones de igualdad a todos los servicios, establecimientos y bienes que se requieran para garantizarlo, el cual se cumple mediante la instauración del denominado Sistema de Salud.

La Corte también ha destacado que el citado derecho se compone de unos elementos esenciales que delimitan su contenido dinámico, que fijan límites para su regulación y que le otorgan su razón de ser. Estos elementos se encuentran previstos en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, en los que se vincula su goce pleno y efectivo con el deber del Estado de garantizar su (i) disponibilidad, (ii) aceptabilidad, (iii) accesibilidad y (iv) calidad e idoneidad profesional.

Por otra parte, en lo que atañe a los principios que se vinculan con la faceta de la salud como servicio público, es preciso recurrir a lo previsto en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2016, en donde se mencionan los siguientes: universalidad, equidad, continuidad, oportunidad, progresividad, integralidad, sostenibilidad, libre elección, solidaridad, eficiencia, interculturalidad y protección de grupos poblacionales específicos.

Para efectos de esta sentencia, se ahondará en los *principios de continuidad, oportunidad e integralidad*, los cuales resultan relevantes para resolver el asunto.

El principio de **continuidad** en el servicio implica que la atención en salud no podrá ser suspendida al paciente, cuando se invocan exclusivamente razones de carácter administrativo. Precisamente, la Corte ha sostenido que *“una vez haya sido iniciada la atención en salud, debe garantizarse la continuidad del servicio, de manera que el mismo no sea suspendido o retardado, antes de la recuperación o estabilización del paciente”*². La importancia de este principio radica, primordialmente, en que permite amparar el inicio, desarrollo y terminación de los tratamientos médicos, lo que se ajusta al criterio de integralidad en la prestación³.

Por su parte, el principio de **oportunidad** se refiere a *“que el usuario debe gozar de la prestación del servicio en el momento que corresponde para recuperar su salud, sin sufrir mayores dolores y deterioros. Esta característica incluye el derecho al diagnóstico del paciente, el cual es necesario para establecer un dictamen exacto de la enfermedad que padece el usuario, de manera que se brinde el tratamiento adecuado”*⁴. Este principio implica que el paciente debe recibir los medicamentos o cualquier otro servicio médico que

² Sentencias T-234 de 2013 y T-121 de 2015.

³ Sentencias T-586 de 2008, T-234 de 2013, T-121 de 2015, T-016 de 2017 y T-448 de 2017.

⁴ Sentencia T-460 de 2012, reiterada en la Sentencia T-433 de 2014.

requiera a tiempo y en las condiciones que defina el médico tratante, a fin de garantizar la efectividad de los procedimientos médicos⁵.

Finalmente, la Ley Estatutaria de Salud, en el artículo 8, se ocupa de manera individual del principio de **integralidad**, cuya garantía también se orienta a asegurar la efectiva prestación del servicio e implica que el sistema debe brindar condiciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y todo aquello necesario para que el individuo goce del nivel más alto de salud o al menos, padezca el menor sufrimiento posible. En virtud de este principio, se entiende que toda persona tiene el derecho a que se garantice su integridad física y mental en todas las facetas, esto es, antes, durante y después de presentar la enfermedad o patología que lo afecta, de manera integral y sin fragmentaciones⁶.

De esta manera, en consonancia con este principio, sobre las empresas promotoras de salud recae la obligación de no entorpecer los requerimientos médicos con procesos y trámites administrativos que resulten impidiendo a los usuarios el acceso a los medios necesarios para garantizar el derecho a la salud.

Con todo, es necesario advertir que el concepto de integralidad *“no implica que la atención médica opere de manera absoluta e ilimitada, sino que la misma se encuentra condicionada a lo que establezca el diagnóstico médico”*⁷, razón por la cual, el juez constitucional tiene que valorar -en cada caso concreto- la existencia de dicho diagnóstico, para ordenar, cuando sea del caso, un tratamiento integral⁸.

FALTA DE CAPACIDAD DE PAGO DE LOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PARA SUFRAGAR EL COSTO DE CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS

El artículo 187 de la Ley 100 de 1993, estableció que los afiliados y beneficiarios del Sistema de Salud deben efectuar el pago de *cuotas moderadoras y copagos*⁹, con el fin de racionalizar el uso de los servicios del Sistema y colaborar con su mantenimiento, contribución que se fundamenta en el principio de solidaridad¹⁰.

⁵ Sentencia T-121 de 2015.

⁶ Sentencia T-121 de 2015.

⁷ Sentencia T-036 de 2017.

⁸ Sentencia T-092 de 2018.

⁹ Según el Acuerdo 260 de 2004, por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las *cuotas moderadoras* serán aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los *copagos* se aplicaran única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios.

¹⁰ El literal c) del artículo 2° de la Ley 100 de 1993, establece que el principio de solidaridad es *“la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil (...)”*.

No obstante, la Corte Constitucional ha encontrado que en ciertas situaciones se debe inaplicar la citada norma, teniendo en cuenta las condiciones particulares que se dan en cada caso, de manera que una exigencia normativa *“si bien no es contraria a la Constitución, no puede aplicarse cuando con ella se desconozcan los derechos fundamentales a la vida y a la salud, por lo que la ‘protección y conservación del derecho a la vida escapa a cualquier discusión de carácter legal o contractual’.* Bajo estas premisas, si la dignidad humana se encuentra comprometida, las entidades públicas y privadas están obligadas a prestar los servicios de salud a quienes lo soliciten, tengan o no capacidad de pago”¹¹.

Por otra parte, la jurisprudencia constitucional ha sostenido, que los copagos y las cuotas moderadoras no pueden ser una barrera de acceso al Sistema, por lo que no es posible negarle a una persona el servicio de salud que requiera basándose en la falta de pago. De ahí que la Corte hubiese concluido que en algunos casos se debe exonerar a los usuarios de la cancelación de cuotas moderadoras y copagos, ya que priman los derechos a la salud, a la vida y a la dignidad humana. Así, por ejemplo, en la Sentencia **T-402 de 2018**, se dijo:

“En este orden de ideas, es procedente que el operador judicial exima del pago de copagos y cuotas moderadoras cuando:

*(i) Una persona **necesite un servicio médico y carezca de la capacidad económica** para asumir el valor de la cuota moderadora, caso en el cual la entidad encargada de garantizar al paciente la atención en salud y asumir el 100% del valor correspondiente;*

*(ii) El paciente **requiera un servicio médico y tenga la capacidad económica para asumirlo, pero se halle en dificultad de hacer la erogación correspondiente antes de que éste sea prestado.** En tal supuesto, la EPS deberá garantizar la atención y brindar oportunidades y formas de pago de la cuota moderadora; y*

*iii) Una persona haya sido diagnosticada con una **enfermedad de alto costo** o esté sometida a las **prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas**, casos en los cuales se encuentra legalmente eximida del cubrimiento de la erogación económica.*

No se controvierte la naturaleza y cobro de los copagos y cuotas moderadoras, puesto que tienen un fin altruista que es el de ayudar al mantenimiento del Sistema; sin embargo, se ha aceptado que atendiendo a las características económicas como a la gravedad y costo de la enfermedad con su respectivo tratamiento, pueda exonerarse del pago de estas sumas a los usuarios siempre que resulte necesario para la salvaguarda de los derechos fundamentales a la salud, a la vida y al mínimo vital. Al respecto la Sentencia T-760 de 2008 indicó:

“En conclusión, una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios de salud a una persona, irrespeta su derecho a acceder a éstos, si le exige como condición previa que cancele el pago moderador al que haya lugar en virtud de la reglamentación. La entidad tiene el derecho a que le sean pagadas las sumas de dinero

¹¹ Sentencia T-841 de 2004.

a que haya lugar, pero no a costa del goce efectivo del derecho a la salud de una persona.”¹²

Para que la tutela se torne procedente en los casos en que se solicita la exoneración de copagos y cuotas moderadoras, la persona debe carecer de recursos para sufragarlos. Como en todo asunto, los hechos deben ser probados, por lo que la falta de capacidad económica debe obedecer a esta regla procesal. Sin embargo, la jurisprudencia constitucional ha fijado unos criterios acerca de sobre quién recae la carga de la prueba de tal hecho. A continuación, se exponen las mencionadas pautas:

“(i) Sin perjuicio de las demás reglas, es aplicable la regla general en materia probatoria, según la cual, incumbe al actor probar el supuesto de hecho que permite obtener la consecuencia jurídica que persigue;

(ii) Ante la afirmación de ausencia de recursos económicos por parte del actor (negación indefinida), se invierte la carga de la prueba correspondiendo en ese caso a la entidad demandada demostrar lo contrario;

(iii) No existe tarifa legal para demostrar la ausencia de recursos económicos, la misma se puede intentar mediante negaciones indefinidas, certificados de ingresos, formularios de afiliación al sistema, extractos bancarios, declaración de renta, balances contables, testimonios, indicios o cualquier otro medio de prueba;

(iv) Corresponde al juez de tutela ejercer activamente sus poderes inquisitivos en materia probatoria, con el fin de establecer la verdad real en cada caso, proteger los derechos fundamentales de las personas y garantizar la corrección del manejo de los recursos del sistema de seguridad social en salud, haciendo prevalecer el principio de solidaridad cuando el peticionario cuenta con recursos económicos que le permitan sufragar el costo de las intervenciones, procedimientos o medicamentos excluidos del POS;

(v) En el caso de la afirmación indefinida del solicitante respecto de la ausencia de recursos económicos, o de afirmaciones semejantes, se presume su buena fe en los términos del artículo 83 de la Constitución, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que le quepa, si se llega a establecer que tal afirmación es falsa o contraria a la realidad.¹³”

EL TRANSPORTE COMO MECANISMO DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

La jurisprudencia constitucional en múltiples ocasiones ha recalcado la obligación del Estado y de las Entidades encargadas de la prestación de servicios de salud de remover las barreras tanto administrativas como económicas para acceder a los mismos. Así las cosas, ha establecido que, si bien los asegurados tienen responsabilidades económicas en relación con el Sistema, lo cierto es que éstas no pueden convertirse en un obstáculo para obtener los servicios requeridos para mantener o recuperar el bienestar físico y/o mental¹⁴.

¹² Sentencias T-815 de 2010, T-256 de 2010.

¹³ Sentencias T-683 de 2003, T-725 de 2010, entre otras.

¹⁴ Sentencia T-409 de 2019

La Corte Constitucional ha considerado que el servicio de transporte es un mecanismo de acceso a los servicios de salud y, aunque no es una prestación médica como tal, en ocasiones puede constituirse en una barrera para materializar su prestación¹⁵. En ese orden, es considerado como un medio de acceso a la atención en salud que, de no garantizarse, puede vulnerar los derechos fundamentales al desconocer la faceta de *accesibilidad* al Sistema de Salud reconocida en el literal c) del artículo 6º de la Ley 1751 de 2015.

En la sentencia **SU-508 de 2020**, la Corte estableció que, en tratándose del servicio de transporte *intermunicipal* para pacientes ambulatorios, éste se encuentra incluido en el Plan de Beneficios en Salud vigente en la actualidad y contenido en la Resolución 2292 de 2021 (artículo 108), de manera que, en estos eventos no es exigible el requisito de capacidad económica para autorizar el suministro del servicio. Así las cosas, si un paciente es remitido a una IPS ubicada en un municipio diferente a su domicilio, el transporte deberá asumirse con cargo a la UPC general pagada a la entidad promotora de salud, so pena de constituirse en una barrera de acceso a los servicios de salud.

En dicha providencia, además, se estableció que dicho servicio tampoco requiere prescripción médica atendiendo a la dinámica de funcionamiento del sistema que implica: i) la prescripción determinado servicio de salud por parte del médico tratante, ii) autorización por parte de la EPS, y iii) prestación efectiva de la tecnología en salud.

Es decir, la prescripción de los servicios se efectúa por el médico tratante, pero hasta ese momento se desconoce el lugar donde se prestarán los mismos, pues ello se determina posteriormente cuando el usuario acude a solicitar la autorización del servicio y es allí donde la EPS, de conformidad con la red contratada, asigna una IPS que puede o no ubicarse en el lugar de domicilio del afiliado. Por lo tanto, es en esta oportunidad donde se tiene certeza de la identidad y ubicación del prestador y, por ende, donde surge la obligación de autorizar el transporte.

No obstante, la Corporación fue enfática en señalar que las reglas jurisprudenciales establecidas en la señalada providencia *“no son aplicables para gastos de transporte interurbano, ni transporte intermunicipal para la atención de tecnologías excluidas del PBS.”*

Por su parte, en la sentencia T-409 de 2019 se señaló que el transporte, en principio, corresponde al paciente y su familia con independencia de que los traslados sean en la misma ciudad, interinstitucionales o intermunicipales, dirigidos a la práctica de

¹⁵ Sentencias T-760 de 2008, T-519 de 2014 y SU-508 de 2020

procedimientos médicos o a la prestación de algún servicio del cual no dispone la IPS remitente.

No obstante, en casos excepcionales corresponde a la EPS cubrir dicho servicio, sin importar que se trate de **transporte urbano**, cuando este represente una barrera para seguir un tratamiento orientado al logro del mayor nivel de salud posible, por la imposibilidad de asumir su costo por parte del paciente y su familia.

Ello, teniendo en cuenta que, *“si bien es natural que el paciente y su familia reciban una serie de cargas mínimas en procura de evitar traumatismos financieros al sistema, lo cierto es que tales exigencias no pueden convertirse en impedimentos para materializar su acceso” cuando la familia del paciente presenta insolvencia y, en virtud del diagnóstico..., este (el paciente) no puede ser sometido a largas caminatas y precisa de “un medio más tranquilo y menos expuesto a las contingencias que se pueden presentar en un servicio masivo”.*

En concordancia con lo anterior, se precisó que la imposibilidad de traslado por razones ajenas al paciente, sean físicas o económicas, es una barrera para acceder a los servicios y debe eliminarse, pues *“el impedimento no necesariamente se genera por la distancia, sino que también, a pesar de encontrarse relativamente cerca, por la falta de recursos o del transporte idóneo.”*

Así mismo, se estableció que, por vía jurisprudencial, se ha admitido como garantía del servicio de transporte, el desplazamiento del paciente con un acompañante, siempre que su condición etaria o de salud lo amerite. Para conceder el transporte de un acompañante, es preciso verificar que (i) el paciente sea totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, (ii) requiera atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y (iii) ni él ni su núcleo familiar cuenten con los recursos suficientes para financiar el traslado.

Así las cosas, la Corte concluyó que es posible trasladar la responsabilidad de la prestación del servicio de **transporte urbano** a la EPS, cuando (i) este sea indispensable para el desarrollo de un tratamiento médico como consecuencia de las condiciones de salud del usuario y (ii) atendiendo a la situación económica en que se encuentren éste y su núcleo familiar para costearlo, *“máxime si se trata de un menor de edad con un diagnóstico que dificulta su desplazamiento en un servicio de transporte público, bien sea colectivo o masivo.”*

A efectos de lo anterior, deberán seguirse las reglas que sobre la prueba de la incapacidad económica estableció la Corte en la sentencia T-683 de 2003, así:

“(…) en materia probatoria, en lo que atañe a la incapacidad económica del usuario y sus parientes:

(i) Es aplicable la regla general, según la cual, el actor debe probarla por cualquier medio, en razón a que no existe tarifa legal para acreditarla.

(ii) Cuando este afirma que no dispone de recursos económicos, hace una negación indefinida, de la que debe presumirse la buena fe “sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que le quepa, si se llega a establecer que tal afirmación es falsa o contraria a la realidad”.

(iii) Dicha negación indefinida, implica que la carga de la prueba se traslada, de modo que la EPS demandada debe demostrar lo contrario.

(iv) En todo caso, le corresponde al juez de tutela establecer la verdad sobre este aspecto, para proteger los derechos fundamentales de las personas en el sistema, con sujeción al principio de solidaridad.

LAS BARRERAS ADMINISTRATIVAS COMO UN DESCONOCIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS DE OPORTUNIDAD Y CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 49 de la Constitución, el servicio de salud debe ser prestado de acuerdo con distintos principios, siendo uno de ellos el de **eficiencia**. Este principio fue definido por el artículo 2 de la Ley 100 de 1993, de la siguiente forma: “[e]s la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente”.

Teniendo en cuenta lo anterior, la imposición de cargas administrativas excesivas a los usuarios del SGSSS, en la medida en que retrasa o incluso impide el acceso a determinado servicio de salud, supone una afectación del principio de eficiencia, y, en consecuencia, un desconocimiento del derecho fundamental a la salud. Por esta razón, ha explicado la Corte que “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”¹⁶.

La Corte ha considerado distintos eventos que constituyen una carga administrativa desproporcionada para los pacientes, que afectan su derecho fundamental a la salud. Entre ellos se encuentra uno que guarda una relación cercana con el caso concreto: la demora por parte de una E.P.S. a prestar un servicio de salud por falta de disponibilidad de cupos de la I.P.S. con la que tiene contratado ese servicio.

¹⁶ Sentencia T-760 de 2008, reiterada en la Sentencia T-188 de 2013.

Así, por ejemplo, en la Sentencia T-520 de 2012, la Corte estudió el caso de un paciente que padecía cáncer de esófago con metástasis en el cerebro y requería como tratamiento a su enfermedad una cirugía, la cual no se le había realizado. La E.P.S. a la que se encontraba afiliado argumentaba que no había desconocido sus derechos, pues autorizó la intervención quirúrgica, pero no había podido realizarse el procedimiento por falta de disponibilidad de cupos en la unidad de cuidados intensivos de la I.P.S. en la que se había ordenado el procedimiento.

En el mismo sentido, reconoció la Corte en la Sentencia T-673 de 2017 que *“el Estado y los particulares vinculados a la prestación del servicio público de salud, deben facilitar su acceso en términos de continuidad, lo que implica que las EPS no pueden omitir la prestación de los servicios de salud que comporten la interrupción de los tratamientos por conflictos contractuales o administrativos internos o con las IPS contratadas, que impidan la finalización óptima de los tratamientos iniciados a los pacientes”*.

Así mismo, en dicho pronunciamiento la Corte señaló que revisten una especial importancia los principios de continuidad e integralidad, de forma tal que, los tratamientos médicos deben desarrollarse de forma completa, sin que puedan verse afectados por cualquier situación derivada de operaciones administrativas, jurídicas o financieras. Por lo cual, el ordenamiento constitucional rechaza las interrupciones injustas, arbitrarias y desproporcionadas que afectan la salud de los usuarios¹⁷.

Por último, en dicha Sentencia la Corte identificó los efectos materiales y nocivos en el ejercicio del derecho fundamental a la salud de los pacientes causados por las barreras administrativas injustificadas y desproporcionadas impuestas por las entidades prestadoras de salud a los usuarios, los cuales se sintetizan a continuación:

“i) Prolongación del sufrimiento, debido a la angustia emocional que se genera en las personas soportar una espera prolongada para ser atendidas y recibir tratamiento;

ii) Complicaciones médicas del estado de salud por la ausencia de atención oportuna y efectiva que genera el empeoramiento de la condición médica;

iii) Daño permanente o de largo plazo o discapacidad permanente porque ha pasado demasiado tiempo entre el momento en que la persona acude al servicio de salud y el instante en que recibe la atención efectiva;

iv) Muerte, que constituye la peor de las consecuencias y que ocurre por la falta de atención pronta y efectiva, puesto que la demora reduce las posibilidades de sobrevivir o su negación atenta contra la urgencia del cuidado requerido”.

¹⁷ Sentencia T-121 de 2015, reiterada en la Sentencia T-673 de 2017.

En conclusión, la Corte ha reiterado que la interrupción o negación de la prestación del servicio de salud por parte de una E.P.S. como consecuencia de trámites administrativos injustificados, desproporcionados e irrazonables, no puede trasladarse a los usuarios, pues dicha situación desconoce sus derechos, bajo el entendido de que pone en riesgo su condición física, sicológica e incluso podría afectar su vida¹⁸.

CASO CONCRETO

El señor **HILDEBRANDO NIÑO ROA** presenta acción de tutela en calidad de agente oficioso de su hija **DIANA MARCELA NIÑO NIÑO**, quien a la fecha tiene 21 años de edad¹⁹ y, según lo manifestado, no cuenta con las facultades para procurarse su propia defensa, en atención a su condición de salud.

Se encuentra probado con la documental obrante en el expediente que **DIANA MARCELA NIÑO NIÑO** está afiliada a la **E.P.S. FAMISANAR** en calidad de beneficiaria del régimen contributivo y que ha sido diagnosticada con *Nefropatía por IGA, Insuficiencia renal crónica, Hipertensión arterial, Hipotiroidismo y Tromboembolismo pulmonar*.

Al contestar la acción de tutela, la **E.P.S. FAMISANAR** manifestó que ha prestado todos los servicios médicos que le han sido ordenados a la agenciada, que frente a los solicitados en la acción de tutela no obra orden médica, y que, frente a la solicitud de exoneración de pago de cuotas moderadoras, la paciente ya goza de tal beneficio en lo que respecta a la patología de *Insuficiencia renal*.

Así las cosas, de cara a la resolución de los problemas jurídicos planteados, se abordará cada uno de los pedimentos invocados por la parta actora, a efectos de establecer si se ha configurado alguna vulneración que haga procedente la intervención del juez de tutela para ordenar su provisión.

i. Frente a la exoneración de cuotas moderadoras:

De acuerdo con los hechos y las pretensiones de la acción de tutela, se tiene que el accionante persigue la exoneración del pago de cuotas moderadoras en que debe incurrir para la prestación de los servicios médicos que requiere su hija, respecto de *todos* los diagnósticos anotados en su historial clínico; pero aclaró que, en Sentencia proferida por el Juzgado 45 Penal Municipal, se concedió el amparo únicamente en relación con la patología de *Insuficiencia renal*.

¹⁸ Sentencias T-405 de 2017, T-673 de 2017 y T-069 de 2018.

¹⁹ Conforme a la cédula de ciudadanía obrante en la página 4 del archivo pdf "001. AcciónTutela"

Frente a ello, la **E.P.S. FAMISANAR** al contestar la acción de tutela, señaló que es improcedente la exoneración en relación con las demás patologías diagnosticadas, pues ninguna es de naturaleza catastrófica o de alto costo. Además, porque la parte actora no acreditó la falta de capacidad económica, sino que, por el contrario, el núcleo familiar tiene capacidad de pago para asumir tales erogaciones.

Pues bien, respecto del costo de cuotas moderadoras y copagos, el artículo 187 de la Ley 100 de 1993 establece que los afiliados y beneficiarios del Sistema de Salud deben efectuar su pago con el fin de racionalizar el uso de los servicios del Sistema y colaborar con su mantenimiento.

A su turno, el Acuerdo 260 de 2004, expedido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en su artículo 3º estableció la diferencia entre las cuotas moderadoras y los copagos, señalando que, las primeras son aplicables a los cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los segundos se aplican única y exclusivamente a los beneficiarios; de manera que, estando acreditado que la agenciada se encuentra afiliada como *beneficiaria*, es dable analizar la procedencia de la petición de exoneración de las cuotas moderadoras.

Así las cosas, en contraste con la regla general de que los usuarios del sistema deben sufragar tal emolumento, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha aceptado que su pago se puede obviar en tres circunstancias: (i) que el usuario *necesite* la prestación de un servicio de salud y carezca de la capacidad económica para asumir el costo de la cuota moderadora; (ii) que el usuario *requiera* un servicio médico y tenga la capacidad económica para asumirlo, pero no pueda sufragarlo antes de que le sea prestado; y (iii) cuando se trate de pacientes con enfermedades de alto costo o sometidos a prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas.

En los dos primeros eventos, la Corte hace referencia a que la exoneración procede frente a un servicio médico que el paciente *necesite* o *requiera*, circunstancia de la que se desprende que la orden de exoneración debe recaer sobre un servicio específico frente al cual, según las condiciones económicas del usuario, la EPS deberá asumir el 100% del valor correspondiente, o garantizar la atención y brindar formas de pago.

Sin embargo, en el presente asunto, la parte actora no elevó ninguna manifestación referente a no contar con la capacidad de pago para sufragar el costo de las cuotas moderadoras, por lo que la ausencia de dicha afirmación impide establecer que la paciente se encuentre en esa circunstancia. En todo caso, la **E.P.S. FAMISANAR** en su contestación informó y probó que el núcleo familiar de la paciente, conformado por sus padres, cuenta

con los recursos económicos para asumir dicha carga, en atención al Ingreso Base de Cotización que registra cada uno²⁰.

Por otro lado, se observa que la solicitud de exoneración no se realizó frente a un servicio específico, sino que de manera genérica se pretende la aplicación de dicho beneficio frente a *todos* los exámenes, hospitalizaciones, exámenes, procedimientos, medicamentos, citas y terapias de *todos* los diagnósticos registrados en el historial clínico de la agenciada; petición que así descrita implicaría el decreto de un mandato incierto e indeterminado, lo cual está proscrito para el Juez de tutela, pues los fallos deben ser determinables, a efectos de brindar seguridad jurídica.

Al margen de ello, es de precisar, que conforme a la jurisprudencia constitucional, toda persona que padezca una enfermedad calificada como de *alto costo, catastrófica o huérfana*, se encuentra eximida de la obligación de realizar el aporte de copagos o cuotas moderadoras, con independencia de si se encuentra inscrito en el régimen contributivo o en el subsidiado²¹. Además, ha indicado que dichas enfermedades son las enlistadas en la Resolución 3974 de 2009, debiéndose incluir: los procedimientos, eventos o servicios que se han considerado como tales en las Resoluciones 5221 de 2013 y 6408 de 2016. Aunado a ello, debe tenerse en cuenta lo previsto en el artículo 114 de la Resolución 2292 de 2021, frente a los eventos y servicios considerados de *alto costo*.

Sin embargo, revisado el expediente, se encuentra que las patologías diagnosticadas a **DIANA MARCELA NIÑO NIÑO**, conforme a las historias clínicas aportadas²², son *Nefropatía por IGA, Insuficiencia renal crónica, Hipertensión arterial, Hipotiroidismo y Tromboembolismo pulmonar*, empero, ninguna de estas, salvo la segunda, está catalogada como de alto costo, en atención a que no revisten la característica de ser catastróficas o huérfanas, pues no han sido enlistadas como tales en las normas ya referidas.

En este punto cabe precisar que, en el sub examine no se está solicitando el amparo respecto de la patología de *Insuficiencia renal*, pues frente a ésta ya se cuenta con una orden de tutela que exonera a la agenciada de sufragar cuotas moderadoras o copagos, lo que se corrobora con la Sentencia del 06 de marzo de 2020, proferida por el Juzgado 45 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá²³, en la que se otorgó tal beneficio al encontrar acreditado que **DIANA MARCELA NIÑO NIÑO** se encontraba vinculada en el programa de pacientes con enfermedad renal crónica, por lo que se cumplía con el presupuesto previsto en el parágrafo 2 del numeral 1 del Acuerdo 260 de 2004.

²⁰ Páginas 14 y 15 del archivo pdf "009. ContestaciónFamisanar"

²¹ Sentencias T-399 de 2017 y T-402 de 2018.

²² Páginas 5 a 79 del archivo pdf "001. AcciónTutela"

²³ Archivo pdf "006. AtiendeOficioJuzg45Penal"

En ese orden, fuera de dicha patología no hay ninguna otra que cumpla con los supuestos normativos y jurisprudenciales para que proceda la exoneración pretendida por el accionante, máxime cuando no obra en el expediente prueba alguna que evidencie que la agenciada se encuentre en un programa especial de atención integral para patologías específicas, en virtud del cual esté sometida a prescripciones regulares. Por tal motivo, no se cumplen los supuestos que la jurisprudencia constitucional ha señalado para que proceda la exoneración de cuotas moderadoras.

Por las anteriores circunstancias, habrá de negarse el amparo invocado en relación con la solicitud de exoneración *genérica* del pago de cuotas moderadoras.

ii. Frente al suministro del servicio de transporte:

Manifiesta el accionante que su hija requiere este servicio para asistir a citas y exámenes médicos, pues debido a su condición de oxígeno-dependiente se fatiga fácilmente, los recorridos que deben hacer son lejanos a su domicilio, y únicamente lo tiene habilitado para movilizarse a las hemodiálisis.

Sobre este particular la **E.P.S. FAMISANAR** señaló que no existe orden médica que disponga el suministro de transporte a favor de la agenciada, y que, además, no ha sido trasladada para recibir servicios médicos fuera de la ciudad donde tiene su domicilio principal.

De conformidad con el marco normativo de esta providencia, lo primero que debe indicarse es que existen dos modalidades de servicio de transporte y frente a cada una aplican reglas jurisprudenciales diferentes.

Uno de ellos es el transporte *intermunicipal*, el cual se encuentra incluido en el Plan de Beneficios en Salud vigente actualmente²⁴ y procede en el evento en que la EPS remite al usuario para la práctica de un procedimiento o prestación de un servicio médico a una IPS que se encuentra ubicada en un lugar diferente a su domicilio. En este caso, no es exigible el requisito de capacidad económica para autorizar el suministro de los gastos de transporte, debido a que es financiado por el sistema; y tampoco se requiere de orden médica para su procedencia pues, atendiendo a la dinámica de funcionamiento del sistema (prescripción, autorización y prestación), es obligación de la EPS autorizarlo, a partir de la autorización del servicio en un municipio diferente al domicilio del paciente²⁵.

²⁴ Artículo 108 de la Resolución 2292 de 2021

²⁵ Sentencia SU-508 de 2020

El segundo, es el relativo al transporte *interurbano*, frente al cual no aplican las mismas reglas anteriores, sino que existe la posibilidad de trasladar la responsabilidad de asumir del costo a la EPS cuando (i) sea indispensable para el desarrollo de un tratamiento médico como consecuencia de las condiciones de salud del usuario y (ii) atendiendo a la situación económica en que se encuentren él y su núcleo familiar para costearlo.

Al analizar los anteriores requisitos en el caso concreto, se tiene que, frente al primero de ellos, obra una historia clínica del 12 de marzo de 2022²⁶ de la especialidad de neumología, en la que a la agenciada le fueron prescritos los siguientes servicios médicos: *Ecocardiograma Transtorácico, Capacidad de difusión con monóxido de carbono, Espirometría simple y con broncodilatadores, Gases arteriales, Tomografía computada de tórax y Control por especialista en neumología en 3 meses*, además de que se emitió orden de *Oxígeno por cánula nasal a 2 l min 24 horas al día más oxígeno de transporte permanente*.

No obstante, no se avizora que la prestación se haya autorizado en una IPS de la red de prestadores de la ciudad de Bogotá o en una que se encuentre ubicada fuera, así como tampoco se indica con precisión el domicilio de la agenciada y la distancia considerable que según el actor existe entre éste y el lugar en que se designó la prestación de tales servicios.

Y aunque así fuera, debe señalarse que tampoco se encuentra cumplido el segundo de los requisitos, toda vez que el accionante no manifestó no contar con los recursos económicos para sufragar el servicio de transporte. Por el contrario, está demostrado que la agenciada se encuentra afiliada en el Régimen Contributivo en calidad de beneficiaria, y que su núcleo familiar compuesto por sus padres cuenta con capacidad de pago, al registrar ambos la calidad de cotizantes, según las certificaciones allegadas por la **E.P.S. FAMISANAR**²⁷.

Si bien la jurisprudencia constitucional ha establecido que no existe tarifa legal para acreditar la incapacidad económica del usuario y de sus parientes frente a estos servicios, lo cierto es que debe mediar como mínimo la manifestación del peticionario en tal sentido.

En ese orden, al no evidenciarse que la agenciada se encuentre imposibilitada para trasladarse a sus citas y exámenes médicos por razones físicas o económicas, no es dable inferir que exista una barrera para que pueda acceder a los servicios médicos ordenados por su médico tratante, siendo que la acreditación de tales circunstancias es indispensable para trasladar a la EPS la responsabilidad de asumir el costo del transporte interurbano.

En consecuencia, al no encontrarse cumplidos los requisitos jurisprudenciales que hagan viable esta pretensión, habrá de negarse el amparo invocado.

²⁶ Páginas 77 a 79 del archivo pdf "001. AcciónTutela"

²⁷ Páginas 14 y 15 del archivo pdf "009. ContestaciónFamisanarE.P.S."

iii. Frente a la programación de la consulta médica de primera vez por hematología:

Señala el accionante que a **DIANA MARCELA NIÑO NIÑO** le fue ordenada una cita médica por la especialidad de hematología, la cual fue direccionada a la **IPS CLÍNICA SAN DIEGO**, pero que a la fecha no ha sido realizada por cuanto la consulta inicialmente programada para el día 22 de marzo de 2022 a las 2:15 p.m. no se llevó a cabo por cuanto el médico asignado no se encontraba, y a la consulta médica agendada para el 01 de abril de 2022 a las 8:00 a.m. no asistió porque desconocía tal información pues nunca se le avisó.

Al respecto, se avizora en el plenario la orden médica No. 33146548 del 07 de febrero de 2022, expedida por la profesional especialista en medicina familiar, de consulta de primera vez por hematología²⁸.

Al contestar la acción de tutela, el **CENTRO DE INVESTIGACIONES ONCOLÓGICAS CLÍNICA SAN DIEGO** confirmó que las citas médicas programadas para el 22 de marzo y 01 de abril de 2022 no pudieron llevarse a cabo, pero manifestó que se había reprogramado para el 02 de mayo de 2022 a las 3:15 p.m., con el Dr. Carmelo Rafael Fuentes Restrepo.

A fin de corroborar, el Despacho estableció comunicación telefónica con el señor **HILDEBRANDO NIÑO ROA**, al número indicado en la tutela²⁹, quien dijo desconocer la programación de la consulta, pues ni la EPS ni la IPS se comunicaron para informarle y, además, puso de presente la imposibilidad de la agenciada de acudir en el día y hora señalados, toda vez que debía asistir a sesión de hemodiálisis de 10:00 a.m. a 4:00 p.m.

Frente a lo anterior debe decirse que en la contestación de la IPS no se hace mención a haberse puesto de presente la programación de la consulta de primera vez por hematología a la agenciada o a su padre por algún medio, de manera que no hay elementos que permitan establecer que se les informó a tiempo el agendamiento para que pudieran acceder de manera efectiva al servicio, o para que manifestaran su imposibilidad de acudir en el día y hora determinados y, de común acuerdo, se programara otra fecha. Así mismo, se avizora que, frente a esta petición en particular, la **E.P.S. FAMISANAR** guardó silencio.

Conforme a ello, el Despacho advierte la vulneración del derecho fundamental a la salud de la agenciada, pues la omisión de la IPS en comunicar de manera efectiva la programación de la consulta médica no tiene justificación, en tanto que (i) existe prescripción del médico tratante que denota la necesidad y pertinencia del servicio médico, (ii) la consulta de

²⁸ Página 80 ibidem

²⁹ Página 2 del archivo pdf "001. AcciónTutela"

primera vez por hematología se encuentra dentro de la cobertura del Plan de Beneficios en Salud; y (iii) el servicio se encuentra autorizado por parte de la **E.P.S. FAMISANAR**.

En tal sentido, se concederá el amparo y se ordenará a esta última, como responsable principal de la prestación de los servicios de salud a **DIANA MARCELA NIÑO NIÑO**, que le programe la “*Consulta de primera vez por hematología*”, a través de cualquier IPS que se encuentre adscrita a su red de prestadora de servicios, sin más dilaciones o trámites injustificados.

iv. Frente al cumplimiento de los requisitos para el otorgamiento del tratamiento integral:

Sobre este punto, la Corte Constitucional ha señalado que el juez de tutela debe ordenar el suministro de todos los servicios médicos que sean necesarios para conservar o restablecer la salud del paciente, cuando la entidad encargada de ello no ha actuado con diligencia y ha puesto en riesgo los derechos fundamentales del paciente³⁰, siempre que exista claridad sobre el tratamiento a seguir, a partir de lo dispuesto por el médico tratante.

Lo anterior ocurre, por una parte, porque no es posible para el juez decretar un mandato futuro e incierto, pues los fallos judiciales deben ser determinables e individualizables; y por la otra, porque en caso de no puntualizarse la orden de tratamiento integral, se estaría presumiendo la mala fe de la entidad promotora de salud, en relación con el cumplimiento de sus deberes y obligaciones para con sus afiliados, en contravía del mandato previsto en el artículo 83 de la Constitución³¹.

En el caso concreto, encuentra el Despacho que, ni de las pruebas obrantes en el expediente, ni de lo dicho por las partes, se advierte que exista una negación a consultas, procedimientos o medicamentos diferentes de los ya otorgados por parte de la **E.P.S. FAMISANAR**, por lo que no es posible conceder el amparo y ordenar el suministro de un tratamiento integral a partir de suposiciones sobre hechos futuros o con el fin de precaver hipotéticas vulneraciones a los derechos fundamentales invocados por la accionante, toda vez que ello implicaría presumir la mala fe de la accionada.

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO OCTAVO DE PEQUEÑAS CAUSAS LABORALES DE BOGOTÁ D.C.**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley:

³⁰ Sentencias T-702 de 2007 y T-727 de 2011.

³¹ Sentencia T-092 de 2018.

RESUELVE

PRIMERO: AMPARAR parcialmente el derecho fundamental a la salud de **DIANA MARCELA NIÑO NIÑO**, por lo expuesto en la parte considerativa de esta providencia.

SEGUNDO: ORDENAR a la **E.P.S. FAMISANAR**, que en el término de CUARENTA Y OCHO (48) HORAS contadas a partir de la notificación de esta providencia, le **programe** a **DIANA MARCELA NIÑO NIÑO**, la *consulta de primera vez por hematología*, prescrita por el médico tratante el día 07 de febrero de 2022, a través de cualquier IPS que se encuentre adscrita a su red de prestadora de servicios, sin más dilaciones o trámites injustificados.

TERCERO: NEGAR la acción de tutela frente a las restantes pretensiones, por las razones expuestas en esta providencia.

CUARTO: Notifíquese a las partes por el medio más eficaz y expedito, advirtiéndoles que cuentan con el término de tres (3) días hábiles para impugnar esta providencia, contados a partir del día siguiente de su notificación.

Por motivos de salud pública, y en acatamiento de las medidas adoptadas por el Consejo Superior de la Judicatura para evitar la propagación del coronavirus Covid-19, la impugnación deberá ser remitida al email: j08lpcbta@cendoj.ramajudicial.gov.co

QUINTO: En caso que la presente sentencia no sea impugnada, por Secretaría remítase el expediente a la Corte Constitucional para que surta el trámite eventual de revisión.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.


DIANA FERNANDA ERASSO FUERTES
JUEZ