



**Bogotá D.C., treinta (30) de marzo de dos mil veinte (2.020)**  
TUTELA No: 11001-40-03-052-2020-00192-00

**Accionante:** María Fanny Beltrán Triviño

**Accionada:** Fondo Financiero de la Secretaría Distrital de Salud

**Vinculados:** Famisanar EPS, Tadashi S.A.S- Centro de Imágenes Especializadas, Caja Colombiana de Subsidio Familiar- Colsubsidio, Superintendencia Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, Alcaldía Mayor de Bogotá, Fondo Financiero Distrital de Salud, Secretaria Distrital de Hacienda, Secretaría Distrital de Salud, Teleset S.A, Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – Adres, Secretaria Distrital De Planeación – Sisben, Departamento Nacional de Planeación.

Procede el despacho a adoptar la decisión de fondo respectiva, por lo cual ha de tenerse en cuenta los siguientes:

## I. ANTECEDENTES

María Fanny Beltrán Triviño presentó acción de tutela contra el Fondo Financiero de la Secretaría Distrital de Salud, para amparar sus derechos fundamentales a la salud, vida digna y seguridad social, por la desafiliación de Famisanar EPS del Sistema de Seguridad Social en Salud, pese a que se encuentra en un tratamiento para tratar su patología de “Tumor Benigno de las Meninges” (MENINGIOMIA DE PLEXO COROIDEO DERECHO CEFALEA)

Afirmó, que a causa de su patología inició tratamiento desde el año 2016 en donde se le ordenó “ACIDO GADOTERICO (DOTAREM) SOLUCION INYECTABLE 20.24 G/100 ML VIAL POR 15 ML”, cuya finalidad es determinar si el tumor ha aumentado, así como una RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO.

Agregó, que actualmente no se encuentra afiliada a ningún sistema de salud, a pesar de que se encuentra con diagnóstico de “MENINGIOMIA DE PLEXO COROIDEO DERECHO CEFALEA”, por lo que necesita tener acceso a los servicios de salud, tal como fue ordenado por el médico tratante de la EPS FAMISANAR – Dra. Martha Peña el pasado 17 de febrero de 2020, con control posterior para el 13 de abril del año en curso.

Como consecuencia de lo anterior, señaló que se le están vulnerado sus Derechos fundamentales, pues no cuenta con recursos económicos para pagar los exámenes médicos requeridos por la galena tratante.

## II. ACTUACIÓN PROCESAL

Admitida la acción, este Despacho ordenó vincular a la presente acción a Famisanar EPS, Tadashi S.A.S- Centro de Imágenes Especializadas, Caja Colombiana de Subsidio Familiar- Colsubsidio, Superintendencia Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, Alcaldía Mayor de Bogotá, Fondo Financiero Distrital de Salud, Secretaria Distrital de Hacienda, Secretaría Distrital de Salud, y Teleset S.A,



Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – Adres, Secretaria Distrital de Planeación – Sisben, Departamento Nacional de Planeación, así mismo notificar a la accionada, para que dentro del término legal ejerciera su derecho de defensa y contradicción

**La Alcaldía Mayor de Bogotá**, indicó que no es la competente para dar contestación a los requerimientos efectuados por esta Sede Judicial, por lo que corrió traslado a las Secretarías Distritales de Salud y de Hacienda, a fin de dar alcance a los pedimentos del Despacho.

Ahora bien, la **Secretaría Distrital de Hacienda**, sostuvo que no le asiste responsabilidad frente a lo solicitado, pues se escapa de su órbita funcional lo rogado por la accionante, configurándose una falta de legitimación en la causa por pasiva; empero, adujo que su entidad asigna a la Secretaria Distrital de Salud, una cuota global de gasto, que es distribuida de manera autónoma entre los rubros del presupuesto para su ejecución conforme a las necesidades, programas y proyectos de inversión definidos en el plan de desarrollo de la referida secretaria finalmente solicitó desvincular a su entidad.

Por su parte, la **Secretaría Distrital de Salud- Fondo Financiero Distrital del Salud** manifestó que revisadas sus bases de datos, observó que la accionante se encuentra retirada de la EPS FAMISANAR desde el 21/2/2020, igualmente adujo que la situación socioeconómica no le permite cotizar en el sistema contributivo, por lo que la accionante puede acudir a los hospitales de la red pública, para que le realicen una valoración de su estado de salud, previa cancelación del porcentaje de pago compartido. Finalmente manifestó, que la actora debe generar su vinculación al sistema general de salud en el régimen que le sea viable, enfatizando que respecto a la exoneración de cobrar copagos y cuotas moderadoras, la Secretaria Distrital de Salud – Fondo Financiero Distrital del Salud no exige ni recauda ningún tipo de pago sino que el mismo es establecido por la ley y exigido por el prestador del servicio con el fin de contribuir a la financiación de la atención en salud, por lo que su entidad no puede condonar el pago o asumirlo cuando no tiene injerencia en la imposición de aquel. Por lo demás, sostuvo que el actual puntaje de la usuaria en Sisben es del 78,80%, lo que le impide beneficiarse del régimen subsidiado en salud, razones que considera suficientes para considerar como improcedentes las pretensiones de la actora ante la inexistencia de derechos fundamentales vulnerados.

De otra parte, **Famisanar EPS**, indicó que una vez consultada su plataforma, constató que la accionante se encuentra retirada en el régimen contributivo categoría A, pues la empresa para la cual laboraba (TELESET S.A.), marcó novedad de ingreso y retiro en el pago del mes de febrero por 15 días, por lo que alegó falta de legitimación en la causa por pasiva, teniendo en cuenta que la actora no tiene vínculo con su EPS. Igualmente, adujo, que la accionante debe contar con la inscripción al Sisben con el fin de realizar la movilidad entre regímenes dentro de la misma EPS, activación que se realiza de forma automática y sin tramites adicionales, empero, la persona debe tener categoría 1 o 2 en dicha herramienta, para así acceder a este beneficio, tal como lo regula el Decreto 2353 de 2015, por lo que de no contar con el puntaje requerido, deberá solicitar a la Alcaldía correspondiente su revisión. Por ello, solicitó al Despacho se declare la improcedencia de la acción constitucional con su consecuente desvinculación.



Por su lado, **Superintendencia Nacional De Salud** de manera amplia expuso en qué casos se aplica la movilidad entre regímenes, al tiempo que solicitó su desvinculación de la presente acción, teniendo en cuenta que la violación de los derechos que se alegan como conculcados, no devienen de una acción u omisión atribuible a la Entidad, lo que impone la declaratoria de falta de legitimación en la causa por pasiva.

En igual sentido, **Colsubsidio**, refirió no tener injerencia con las pretensiones formuladas en el escrito tutelar, pues deben ser atendidas por el Fondo Financiero de la Secretaría Distrital de Salud, por lo que se configura la falta de legitimación en la causa por pasiva, por lo que solicitó se declare improcedente la presente ante la inexistencia de derechos conculcados.

**La Secretaria Distrital de Planeación – SISBEN**, refirió que la accionante cuenta con encuesta Sisbén No.110017650432221 del 28 de marzo de 2019, donde obtuvo un puntaje de 78,8, sin que en la Dirección Sisbén de esa Secretaría, repose alguna solicitud para la práctica de una nueva encuesta o de revisión de la ya existente, así mismo, en los anexos de la demanda de tutela tampoco se allegó prueba de ello, por lo aseveró que dentro de sus funciones no hay vulneración alguna frente a la cual se deba responder, careciendo de competencia para brindar el ingreso o permanencia a cualquiera de los programas sociales del Distrito y por ende corresponde a cada entidad establecer los topes y requisitos. Por lo tanto, alegó una falta de legitimación de la causa por pasiva y falta de agotamiento de los mecanismos administrativos que tiene a su alcance la accionante.

Igualmente **Teleset S.A**, indicó que la accionante fue vinculada a esa entidad a través de un contrato de trabajo a término fijo entre el 7 y el 21 de enero de la presente anualidad, para desarrollar temporalmente el cargo de mensajera, y como consecuencia de ello procedió a su afiliación a las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud y Riesgos Laborales, haciendo los aportes correspondientes al tiempo de su vinculación, además, allegó copia del contrato a término fijo.

**La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES**, señaló las distintas funciones de las entidades promotoras de salud, la prestación del servicio de salud, cobertura de procedimientos y servicios, así mismo, alegó falta de legitimación en la causa por pasiva por ser función de la ESP y no de esa entidad.

Finalmente, el **Departamento Nacional de Planeación, Tadashi S.A.S- Centro de Imágenes Especializadas, Ministerio de Salud y Protección Social**, guardaron silencio al llamado de este Estrado Judicial.

### III. CONSIDERACIONES

1. La acción de tutela se encuentra consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política como un mecanismo para la protección inmediata de los derechos fundamentales de las personas, cuando los mismos resulten vulnerados por la acción u omisión de las autoridades o de un particular, que preste “un servicio público o cuya conducta afecte grave y directamente el interés colectivo, o respecto de quienes el solicitante se halle en estado subordinación o indefensión”, y no se cuente con otro mecanismo judicial para su salvaguarda.



Por esta razón, la finalidad última de esta acción constitucional es lograr que el Estado, a través de un pronunciamiento judicial, restablezca el derecho fundamental conculcado o impida que se configure la amenaza que sobre él se cierne.

2. De otra parte, la garantía del derecho fundamental a la salud se concreta en la prestación de servicios y tecnologías estructurados sobre una concepción integral, que incluya la promoción, prevención, paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas. Es así, como en los artículos 1° y 2° de la Ley 1751 de 2015 se dispuso que la salud es un derecho fundamental autónomo e irrenunciable que comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, con el fin de alcanzar su preservación, mejoramiento y promoción, lo que implica “la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos” (lit. i, art. 10 ib).

Para la Corte “la prestación efectiva de los servicios de salud incluye el que se presten de forma oportuna, **a partir del momento en que un médico tratante determina que se requiere un medicamento o procedimiento**. Las dilaciones injustificadas, es decir, aquellos trámites que se imponen al usuario que no hacen parte del proceso regular que se debe surtir para acceder al servicio, y que además, en muchos casos, se originan cuando la entidad responsable traslada el cumplimiento de un deber legal al paciente, lleva a que la salud del interesado se deteriore, lo que se traduce en una violación autónoma del derecho a la salud”<sup>1</sup> (negritas propias).

Sobre la responsabilidad de garantizar la prestación de los servicios de atención en salud, el literal e) artículo 156 de la Ley 100 de 1993 señala que esta recae en las Entidades Promotoras de Salud, “(...) [e]llas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el gobierno (...)” lo anterior, quiere decir que es deber de las EPS garantizar a través de las I.P.S. el acceso oportuno a los servicios que requiera un paciente para que pueda recuperarse.

Téngase en cuenta que las entidades promotoras de salud, son las encargadas “*de garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados*”<sup>2</sup>, para lo cual pueden suscribir convenios con varias instituciones en aras de prestar un servicio de salud de calidad; y “*definir los procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las instituciones prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia*”<sup>3</sup>

Cuando se trata de la salud como derecho, **deberá garantizarse de forma oportuna, eficiente y con calidad, siguiendo los principios de oportunidad, continuidad e integralidad**. Es importante mencionar que, en un primer momento, la salud fue catalogada como un derecho prestacional que dependía de su conexidad con otro derecho, considerado

<sup>1</sup> (C. Const. Sent. T-384/13).

<sup>2</sup> (L. 100/93, art. 177)

<sup>3</sup> (art. 178, núm. 4°, Ib.).



como fundamental, para ser protegido mediante la acción de tutela. Posteriormente, la Corte cambió esta posición indicando que la salud es un derecho fundamental autónomo que protege múltiples ámbitos de la vida humana. En la Sentencia T-760 de 2008 esta Corporación concluyó que dicha característica se explica por su estrecha relación con el principio de la dignidad humana, por su vínculo con las condiciones materiales de existencia y por su condición de garante de la integridad física y moral de las personas. Esta posición fue recogida en el artículo 2 de la Ley 1751 de 2015, cuyo control previo de constitucionalidad se ejerció en la Sentencia C-313 de 2014. (Negritas y subrayas fuera de texto original).

En la misma medida, La Organización de Naciones Unidas (ONU) a través de la Organización Mundial de la Salud, establece que *“la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (...) el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (...) considerada como una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad.”*<sup>4</sup>

Así mismo, la Declaración Universal de Derechos Humanos, dispone que *“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, **la salud y el bienestar**, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...).*<sup>5</sup>

Es por eso que la continuidad en la prestación del servicio público de salud se ha protegido no sólo en razón de su conexión con los principios de efectividad y de eficiencia sino también por su estrecha vinculación con el principio establecido en el artículo 83 de la Constitución Nacional de acuerdo con el cual *“Las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten ante estas.” Esta buena fe constituye el fundamento sobre el cual se construye la confianza legítima, esto es, la garantía que tiene la persona de que no se le suspenderá el servicio o el tratamiento una vez iniciado.”*<sup>6</sup>

Igualmente, en la sentencia T-170 de 2002 la Corte indicó algunas de las razones que no constituyen un fundamento legítimo a la luz de la Constitución para que las entidades prestadoras de servicios de salud se abstengan de dar continuidad a la prestación de los servicios médicos ya iniciados:

**“(i) porque la persona encargada de hacer los aportes dejó de pagarlos; (ii) porque el paciente ya no está inscrito en la EPS correspondiente, en razón a que fue desvinculado de su lugar de trabajo;** (iii) porque la persona perdió la calidad que lo hacía beneficiario; (iv) porque la EPS considera que la persona nunca reunió los requisitos para haber sido inscrita, a pesar de ya haberla afiliado; (v) porque el afiliado se acaba de trasladar de otra EPS y su empleador no ha hecho aún aportes a la nueva entidad; o (vi) porque se trata de un servicio específico que no se había prestado antes al paciente, pero que hace parte integral de un tratamiento que se le viene prestando.” (Negrilla y resaltado

---

<sup>4</sup> T-545-13

<sup>5</sup> Ibídem

<sup>6</sup> t-996-10



fuera del texto original).

En fuerza de lo anterior, el Decreto 780 de 2016 en su artículo 2.1.8.1. regula en cuanto al Período De Protección Laboral, lo siguiente:

*“Cuando el empleador reporte la novedad de terminación del vínculo laboral o cuando el trabajador independiente pierda las condiciones para continuar como cotizante y reporte la novedad, el cotizante y su núcleo familiar gozarán del período de protección laboral hasta por uno (1) o tres (3) meses más contados a partir del día siguiente al vencimiento del período o días por los cuales se efectuó la última cotización.*

*Durante el período de protección laboral, el afiliado cotizante y su núcleo familiar tendrán derecho a la prestación de los servicios de salud del plan de beneficios por el período de un (1) mes cuando haya estado inscrito en la misma EPS como mínimo los doce (12) meses anteriores y de tres (3) meses cuando haya estado inscrito de manera continua durante cinco (5) años o más.*

*Cuando durante el período de protección laboral al afiliado se le otorgue el Mecanismo de Protección al Cesante previsto en la Ley 1636 de 2013 y en el Capítulo 1, del Título 6 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015 o las normas que lo modifiquen, adicioneen o sustituyan, el período de protección laboral cesará. (Artículo 66 del Decreto 2353 de 2015)”.*

3. Ahora bien, ha indicado la referida Corporación que hay lugar a la exoneración del cobro de los “pagos moderadores”, en los casos en los cuales se acredite la afectación o amenaza de algún derecho fundamental, por lo cual la jurisprudencia ha fijado dos reglas que el operador judicial debe tener en cuenta para eximir el cobro de cuotas: **“Cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de la cuota moderadora, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a éste, asumiendo el 100% del valor y 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 prestado, la entidad encargada de la prestación, exigiendo garantías adecuadas, deberá brindar oportunidades y formas de pago de la cuota moderadora sin que su falta de pago pueda convertirse de forma alguna en un obstáculo para acceder a la prestación del servicio.”**<sup>7</sup>

Igualmente, la jurisprudencia ha fijado unos criterios de interpretación que deben ser evaluados por el operador jurídico. Así, los citados criterios son los siguientes: *“(i) 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) 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*

---

<sup>7</sup> Sentencia T-115/2016



*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...”*

Corolario a lo anterior, en el evento en que el usuario manifieste la falta de capacidad económica para asumir el valor de la cuota moderadora, **se genera una inversión en la carga de la prueba y le corresponde a la entidad que reclama el pago, aportar información suficiente acerca de la situación económica del paciente para efectos de establecer si estos se encuentran en posibilidad de sufragar el copago asignado con ocasión a la prestación del servicio demandado.** De no ser aportada dicha información, se deben verificar las circunstancias particulares del usuario del servicio, tales como su condición de desempleado, nivel asignado en el SISBEN, ingresos mensuales equivalentes a un salario mínimo legal mensual vigente, afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud en condición de beneficiario y no como cotizante (negrillas fuera de texto original) <sup>8</sup>

4. Por su parte, es posible solicitar por medio de la acción de tutela el tratamiento integral, debido a que con ello se pretende garantizar la atención en conjunto de las prestaciones relacionadas con las afecciones de los pacientes, que han sido previamente determinadas por su médico tratante. Cuando la atención integral es solicitada mediante una acción de tutela el juez constitucional debe tener en cuenta que esta procede en la medida en que concurren los siguientes supuestos: (i) la descripción clara de una determinada patología o condición de salud diagnosticada por el médico tratante, (ii) por el reconocimiento de un conjunto de prestaciones necesarias dirigidas a lograr el diagnóstico en cuestión; o (iii) por cualquier otro criterio razonable.<sup>9</sup>

5. Por otro lado, en lo que concierne al régimen subsidiado, debe entenderse que “es el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales que, a través de un puntaje, clasifica a la población de acuerdo con sus condiciones socioeconómicas”<sup>10</sup>; regulado al efecto por el Decreto 64 de 2020 en su artículo 2.1.5.1, que son afiliados a dicho régimen las personas que sin tener las calidades para ser afiliados en el Régimen Contributivo o al Régimen de Excepción o Especial, cumplan las siguientes condiciones:

“ ...

1. Personas identificadas en los niveles I y II SISBEN o en el instrumento que modifique, de acuerdo con los puntos de corte que adopte el Ministerio de Salud y Social.
2. Personas identificadas en el nivel III del SISBEN o en el instrumento que lo modifique, y que a vigencia de la 1122 de 2007, se encontraban al Régimen Subsidiado...”

Quiere decir lo anterior que quien pretenda ser incluido dentro del régimen subsidiado, **debe haber sido calificado por la encuesta que determine el gobierno** y siempre y cuando cumpla con los requisitos para los niveles 1 y 2 del Sisbén. (Negrillas propias)

Exigencias que se determinaron en la Resolución 3778 de 2011 del Ministerio de Salud y Protección Social, en la que se establecieron los puntajes que permiten acceder a dicha clasificación, de acuerdo con el espacio geográfico donde se encuentre. Para las ciudades,

<sup>8</sup> Ibídem

<sup>9</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-531 de 2009 (MP Humberto Antonio Sierra Porto).

<sup>10</sup> <https://www.sisben.gov.co/sisben/paginas/que-es.aspx>



reguló que para el nivel 1 de 0 a 47.99 y para el nivel 2 de 48.00 a 54.86. Por su parte, la Resolución 4119 de 2018, dispone que *“la población a quien se le haya aplicado la encuesta Sisben Metodología III, que no se encuentre afiliada al Régimen Subsidiado y que de acuerdo con los puntos de corte consagrados en la presente resolución quede clasificada en los niveles 1 y 2, se afiliara a dicho Régimen a través de subsidios plenos”*.

5.1. Ahora bien, con el fin de determinar el puntaje de cada aspirante al régimen, recientemente, el Consejo Nacional de Política Económica y Social, decidió reformular el sistema de información del Sisben, a efectos de que el mismo reflejara de manera más precisa, veraz y con criterios de justicia social, el verdadero puntaje que merece cada persona como resultado de la encuesta.

Con dicho propósito, a fin de regular y optimizar el funcionamiento del Sisben, a partir de la definición de unas reglas claras de organización, implementación y administración del sistema, se expidió el Decreto 441 del 16 de marzo de 2017, que se encargó de definir el puntaje como el valor número asignado a todas las personas que conforman la unidad de gasto, el cual se obtiene mediante técnicas, estadísticas y econométricas que agregan o relacionan la información de la vivienda; el hogar las personas de cada unidad de gasto, obtenida de la aplicación de la ficha de caracterización socioeconómica.

De ahí, deberá determinarse si la habilitación del servicio subsidiado para el accionante y su núcleo familiar satisface esas condiciones.

#### **IV. CASO CONCRETO**

En el asunto *sub examine*, se observa que María Fanny Beltrán Triviño presentó acción de tutela contra el Fondo Financiero de la Secretaría Distrital de Salud, procurando que por esta vía se ordene brindar la atención médica que requiere y se suministren los medicamentos y tratamientos necesarios para tratar su patología, a pesar que se encuentra en estado “retirado” de Famisanar EPS, a la cual cotizó.

Como punto de partida, debe tenerse en cuenta que si bien se invoca la protección al Derecho a la vida digna, lo cierto es que su pretensión se enfila al amparo de su Derecho a la Seguridad Social y a la Salud, pues de cara a los hechos narrados por la accionante y de auscultar el material probatorio allegado, el punto medular que dio origen a esta acción se circunscribe a la imposibilidad económica que presenta la accionante para sufragar por su cuenta los exámenes diagnóstico que requiere para determinar el tratamiento para su patología, razón por la cual esta Sede Judicial abordará el estudio desde esa perspectiva.

Pues bien, de rever el expediente y tras verificar las pruebas, se constata que desde el 21 de febrero de 2020, la accionante se encuentra desafiliada de **FAMISANAR EPS**, así mismo, se constata que le fueron ordenados los exámenes necesarios a fin de hacer seguimiento y control por el “Tumor Benigno de las Meninges” que padece.

Igualmente, se avizora tiene una cita pendiente y asignada para el 13 de abril de la presente anualidad a las 9:00 de la mañana, a fin de realizarle la RESONANCIA MAGNÉTICA DE



CEREBRO para lo cual requiere del ACIDO GADOTERICO (DOTAREM) SOLUCION INYECTABLE 20.24 G/100 ML VIAL POR 15 ML”, examen diagnóstico de los que obran en el plenario orden preautorizada con fecha de validez de 90 días a partir del 17 de febrero de 2020.

Puestas de este modo las cosas, y como viene de verse, se advierte que la señora Beltrán Triviño estuvo afiliada a Famisanar EPS entre el 28 de septiembre de 2003 hasta el 21 de febrero de 2020<sup>11</sup>, por lo que no es de recibo el argumento de esta última de no ser la llamada a responder por la inexistencia del vínculo de afiliación, pues aunque alegó la no configuración de los presupuestos de la Decreto 780 de 2016, en cuanto a la movilidad de un régimen a otro, lo cierto es que la citada norma indica que la persona que quedó desafiada ***“Durante el período de protección laboral, el afiliado cotizante y su núcleo familiar tendrán derecho a la prestación de los servicios de salud del plan de beneficios por el período de tres (3) meses cuando haya estado inscrito de manera continua durante cinco (5) años”***.

Lo anterior permite entrever, como a no dudarlo, que la actora tiene derecho a la prestación efectiva del servicio de salud hasta luego de tres meses pasados a su desafiliación del sistema de seguridad social en salud, durante los cuales podrá realizar las actuaciones administrativas pertinentes para vincularse nuevamente a laborar, o solicitar las ayudas que oferta el Estado.

En fuerza de lo anterior y conforme a los lineamientos jurisprudenciales citados en precedencia, debe resaltarse que la Entidad Promotora de Salud debe procurar la eficacia del principio de continuidad e integralidad en el servicio de salud, máxime en tratándose de la prestación del servicio médicos que ya se encuentren iniciados, cuando entre otros, **“(ii) el paciente ya no está inscrito en la EPS correspondiente, en razón a que fue desvinculado de su lugar de trabajo”**, circunstancia que se configura en el asunto de marras, pues téngase en cuenta que la accionante tiene un examen diagnóstico pendiente para el próximo 13 de abril de la presente anualidad, el cual como viene de verse, debe realizarse, pues del mismo depende la verificación y seguimiento de tratamientos, así como el suministro de los medicamentos. Por lo que se concederá en ese sentido el pedimento solicitado.

Ahora bien, en relación a la exoneración de copagos y cuotas moderadoras, se advierte que en el *sub lite* se cumplen los presupuestos jurisprudenciales citados en precedencia, pues tras analizar exhaustivamente la situación de la accionante, se constata que es una persona de 62 años de edad, desempleada –lo cual se corroboró por la empresa Teleset y Famisanar EPS-, y no cuenta con ningún ingreso económico para acceder al servicio de salud, por tanto, se concluye que carece de la capacidad económica para asumir el valor del copago y la cuota moderadora, máxime cuando, tales aseveraciones tampoco fueron desvirtuadas por las accionadas, pues memórese que, al considerarse como afirmaciones indefinidas, la carga probatoria corresponde, en principio, a la parte accionada.

Desde otra arista, y en lo que respecta al tratamiento integral, es menester indicar que aun cuando la actora padece de un tumor benigno, lo cierto es que su médico tratante consideró necesario realizar exámenes diagnóstico a efectos de verificar si su benignidad, a futuro,

---

<sup>11</sup> Sobre el particular, véase la respuesta brindada por la Adres.



conllevaría a un deterioro en su estado de salud, de lo que se colige sin dificultad que, a más de su condición de vulnerabilidad, requiere del reconocimiento de un conjunto de prestaciones necesarias dirigidas a lograr el diagnóstico en cuestión, criterios que en sentir de esta oficina judicial, son suficientes para conceder el amparo reclamado.

Precisado lo anterior, debe determinarse si la accionante requiere de una visita para saber acceder a los beneficios otorgados por el Sistema de Seguridad Social en Salud en el régimen subsidiado.

Al efecto, se advierte que el 13 de marzo de 2020 la actora solicitó ante la Secretaría Distrital de Planeación, una visita con el propósito de verificar su actual situación socioeconómica y lograr determinar si cumple con las condiciones legales respectivas para ser beneficiaria del Sistema de Seguridad Social en Salud en el Régimen Subsidiado.

En punto a ello, y de rever la contestación brindada por la referida entidad, se constata que en marzo de 2019 realizó una visita al domicilio de la activante, obteniendo como puntaje de calificación 78.80. Sin embargo, aunque alegó que no cuenta con una petición o reclamo elevado por la actora respecto al puntaje otorgado, lo cierto es que en el plenario obra solicitud en tal sentido, radicada el pasado 13 de marzo, pues el puntaje concedido en aquella oportunidad, no corresponde a su actual realidad social y económica.

Con lo anterior, se constata indudablemente, que su propósito estribó además, en superar las circunstancias que le impiden el acceso al servicio de salud por no contar con los recursos económicos necesarios para sufragar los gastos médicos, como tampoco con un trabajo estable que le permita cotizar en el régimen contributivo, a lo que debe agregarse su estado de vulnerabilidad, dada su edad -62 años-.

Lo acá expuesto, impone que la orden constitucional se encamine a ordenar a Famisanar EPS que brinde la atención médica necesaria –a partir de exámenes diagnóstico, la entrega de medicamentos, citas médicas, tratamientos y demás servicios de salud que requiera para tratar su patología-, por el periodo de protección laboral (3 meses), lo que implica evacuar el examen diagnóstico el próximo 13 de abril de 2020, así como al suministro del Ácido gadoterico (dotarem) solución inyectable 20.24 G/100 vial por 15 MI) para la realización de la resonancia magnética de cerebro, exonerando a la accionante del pago de copagos y cuotas moderadoras, mientras venza el término concedido. Así mismo, y de otra parte, se dispondrá que la Secretaría Distrital de Planeación, efectúe una nueva visita a la accionante en la cual se determinen sus actuales condiciones socioeconómicas.

En consecuencia y con apoyo en lo brevemente expuesto, el Juzgado Cincuenta y Dos (52) Civil Municipal de Bogotá, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

## V. RESUELVE

**PRIMERO: CONCEDER** la presente acción invocada por María Fanny Beltrán Triviño contra Famisanar EPS y Secretaría Distrital de Planeación de Bogotá D.C.



**SEGUNDO: ORDENAR** al Representante Legal de Famisanar EPS y/o quien haga sus veces, que dentro del término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de la presente providencia, garantice sin restricción alguna, la atención en salud que requiere María Fanny Beltrán Triviño, y que sean ordenados por el galeno tratante. Por tanto, se ordena que autorice y brinde el tratamiento integral que requiere la tutelante para el manejo adecuado del referido diagnóstico, para lo cual deberá autorizar -sin dilaciones- el suministro de todos los tratamientos, medicamentos, intervenciones, terapias, procedimientos, exámenes, controles, seguimientos y, en general, cualquier servicio, que prescriba su médico tratante, que puedan aportar al mejoramiento de su calidad de vida, por el periodo de protección laboral de tres meses, contados a partir de la última fecha de cotización -21 de febrero de 2020-.

**TERCERO: DISPONER** a favor de la accionante, la exoneración de cuotas moderadoras y/o copagos, respecto de su patología “Tumor Benigno de las Meninges”, mientras venza el término concedido, conforme al numeral que antecede.

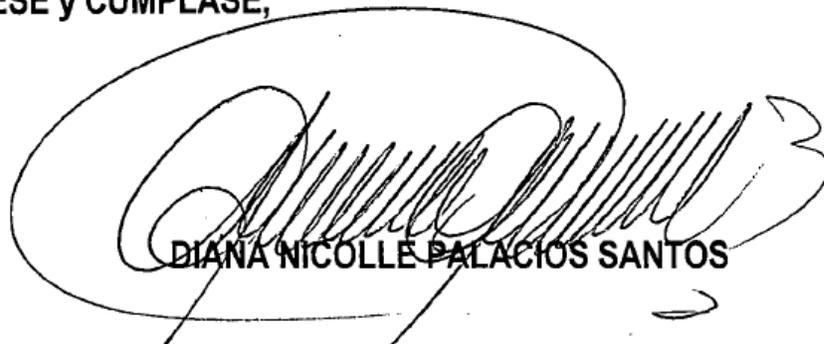
**CUARTO: ORDENAR** a la Secretaría Distrital de Planeación de Bogotá para que, a través de su representante legal y/o quien haga sus veces, dentro del término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación del presente fallo, realice una nueva visita al inmueble donde habita la señora María Fanny Beltrán Triviño, teniendo en cuenta la totalidad de factores que incorporan su situación económica, social, física y familiar, y se determine el puntaje actual de calificación en el Sisben, teniendo en cuenta para ello lo dilucidado en la presente providencia.

**QUINTO: DESVINCULAR** al Fondo Financiero de la Secretaría Distrital de Salud, Tadashi S.A.S- Centro de Imágenes Especializadas, Caja Colombiana de Subsidio Familiar-Colsubsidio, Superintendencia Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria Distrital de Hacienda, Secretaría Distrital de Salud, Teleset S.A, Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social En Salud – Adres, y el Departamento Nacional de Planeación.

**SEXTO:** Si el presente proveído no es impugnado, remítase el presente expediente a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

**NOTIFIQUESE y CÚMPLASE,**

La jueza,



**DIANA NICOLLE PALACIOS SANTOS**