INFORME SECRETARIAL. - Bogotá, D.C., siete (07) de abril de dos mil veintiuno (2021).- Al Despacho de la señora Juez informando que correspondió por reparto la presente Impugnación de tutela. Sírvase Proveer.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO VEINTINUEVE LABORAL DEL CIRCUITO BOGOTÁ-CUNDINAMARCA

IMPUGNACION TUTELA No. 10-2022 00267-00

ACCIONANTE: TOBIAS SILVA TORRES

ACCIONADO: EPS FAMISANAR S.A.S, CLÍNICA ONCOLÓGICA 127 –COLSUBSIDIO Y COLSUBSIDIO DROGUERÍA PLAZA CENTRAL.

VINCULADAS: SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y LA ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES

Bogotá, D.C., nueve (09) de mayo de dos mil veintidós (2022).

Procede el Despacho a resolver la **impugnación** presentada por la parte accionada E.P.S. FAMISANAR S.A.S. contra la sentencia de fecha treinta y uno (31) de marzo de dos mil veintidós (2022) proferida por el Juzgado Décimo Municipal de Pequeñas Causas Laborales de Bogotá, dentro de la acción de tutela promovida por el señor TOBIAS SILVA TORRES contra EPS FAMISANAR S.A.S, CLÍNICA ONCOLÓGICA 127 –COLSUBSIDIO Y COLSUBSIDIO DROGUERÍA PLAZA CENTRAL.

ANTECEDENTES

El accionante fue diagnosticado en septiembre de 2021 de padecer "TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA",

El dia 26 de noviembre de 2021, programo consulta de control con especialista en Urología Oncológica quien ordeno los medicamentos APALUTAMIDA (ERLEADA) TABLETA 60 MG, con una duración de tratamiento de 3 meses.

Que las condiciones de salud del accionante son precarias por lo que acude a la acción en aras de salvaguardar sus derechos fundamentales.

ACTUACIONES PROCESALES

Mediante providencia de fecha treinta y uno (31) de marzo de dos mil veintidós (2022), el JUZGADO DÉCIMO MUNICIPAL DE PEQUEÑAS CAUSAS LABORALES DE BOGOTÁ D.C., admitió la acción de tutela contra la EPS FAMISANAR S.A.S, CLÍNICA ONCOLÓGICA 127 – COLSUBSIDIO Y COLSUBSIDIO DROGUERÍA PLAZA CENTRAL, y vinculo ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES, efectuado el traslado a las accionadas para que, en el término de un día, se pronunciaran sobre los hechos de tutela, aportando para ello copia de los documentos que sustenten las razones de su dicho. Diligencia que se surtió el mismo día mediante correo electrónico.

CONTESTACIONES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES, allego respuesta en el término legal correspondiente en donde alego falta de legitimación en la causa por pasiva toda vez que es función de la EPS, la prestación de los servicios de salud.

Además, señaló que las EPS tienen la obligación de garantizar la prestación oportuna del servicio de salud de a sus afiliados, para lo cual pueden conformar libremente su red de prestadores, por lo que en ningún caso pueden dejar de garantizar la atención de sus afiliados, ni retrasarla de tal forma que pongan en riesgo su vida o su salud con fundamento en la prescripción de servicios y tecnologías no cubiertas con el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. (Fl.34-127)

EPS FAMISANAR, allegó respuesta , en donde indicó que se confirma cita de Urología oncológica en la IPS Colsubsidio 127, para el cuatro (04) de abril de dos mil veintidós (2022) a las 7:20 am. En relación con el medicamento APALUTAMIDA (ERLEADA) TABLETA 60 MG, señala que el mismo se encuentra autorizado por la EPS, y se encuentran a la espera de soporte de entrega de la farmacia Colsubsidio.

De lo concerniente a la exoneración de COPAGOS, aducen oponerse a la prosperidad de dicha petición, en tanto y en cuanto los diagnósticos del accionante no se encuentran entre ninguna de las causales para la exoneración de copagos y cuotas moderadoras y esta no procede al ser un deber de los usuarios con el SGSSS, de conformidad con lo reglado en la circular 00016 DE 2014 y Resolución 2292 de 2021.

En igual sentido, la accionada manifestó oponerse a la prosperidad de la solicitud de TRATAMIENTO INTEGRAL, en tanto y en cuanto la EPS ha desplegado todas las acciones de gestión de prestación de servicios de salud en favor del usuario, para garantizar su acceso a todos y cada uno de los servicios ordenados por su médico tratante, para el tratamiento de su patología. (Fl.128-134)

CLÍNICA ONCOLÓGICA 127 – COLSUBSIDIO Y COLSUBSIDIO DROGUERÍA PLAZA CENTRAL, allego respuesta en donde informo que, el medicamento solicitado para el mes de marzo no ha sido autorizado por Famisanar, proceden a adjuntar imagen de SAP (sistema de dispensación) en donde salen las fechas de la entrega del medicamento en el mes de enero y febrero hogaño.

Aducen que debe FAMISANAR EPS modificar autorización en la que se autorice la dispensación del medicamento, para que así COLSUBSIDIO pueda realizar la gestión de entrega, no siendo imputable ello a este gestor farmacéutico.

Por lo expuesto solicitan ser desvinculados de la presente acción por falta de legitimación en la causa por pasiva. (fl. 135-138)

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, allego respuesta en el término legal correspondiente en donde índico al despacho que el señor TOBIAS SILVA TORRES se encuentra activo en el régimen contributivo de salud afiliado a la EPS FAMISANAR, como cotizante.

Que en la Historia clínica se extrae que el accionante tiene diagnóstico de TUMOR MALIGNO DE PROSTATA, ADENOCARCINOMA ACINAR DE PROSTATA, a quien el médico tratante ordenó *APALUTAMIDA (ERLEADA) TAB 60 no incluida en el PBS, pero cuenta con MIPRES*, por lo que es la EPS la obligada a realizar la entrega del

medicamento requerido. Solicitaron la desvinculación de la presente acción de tutela, al alegar falta de legitimación en la causa por pasiva.

DECISION DE PRIMERA INSTANCIA

El Juez de primera instancia en sentencia de fecha treinta y uno (31) de marzo de dos mil veintidós (2022), *resolvió* **"... PRIMERO: TUTELAR** los derechos fundamentales invocados por el Señor **TOBIAS SILVA TORRES** identificado con C.C. 19237869 en contra de **EPS FAMISANAR. SEGUNDO: ORDENAR** a la **EPS FAMISANAR S.A.S**. a través de su representante legal o quien haga sus veces que dentro de los DOS (2) DÍAS siguientes a la notificación de esta providencia, cumpla con el suministro del medicamento *APALUTAMIDA TABLETA 60 MG en 120 TABLETAS* en beneficio del Sr. **TOBIAS SILVA TORRES** identificado con C.C. 19237869, de conformidad como lo dispone el médico tratante de acuerdo con lo expuesto en la parte motiva de esta sentencia. **TERCERO: ORDENAR** a la **EPS FAMISANAR S.A.S**. a través de su representante legal o quien haga sus veces que en el término improrrogable de DOS (2) DÍAS siguientes a la notificación de este fallo, garantice al señor **TOBIAS SILVA TORRES** identificado con C.C. 19237869, el tratamiento integral frente a los servicios médicos que requiera de forma oportuna, efectiva, completa y continúa en cuanto al suministro de todos los servicios, medicamentos, practica de exámenes, valoraciones, terapias, hospitalizaciones, cirugías y demás atenciones médicas que determinen como necesarias por parte del médico tratante para atender la patología ***TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA,*** que le permita llevar una vida en condiciones dignas teniendo en cuenta que el accionante es un sujeto de especial protección constitucional dada su patología, lo anterior de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia …"

IMPUGNACIÓN POR PARTE DE LA ACCIONADA AUDIFARMA S.A.

Inconforme con la decisión la accionada **EPS FAMISANAR S.A.S**, "un fallo que trasgrede la seguridad jurídica y destinación de los recursos de la salud al ordenar indebidamente e inconstitucionalmente el "TRATAMIENTO INTEGRAL".

No es procedente que se conceda el tratamiento integral en tanto se evidencia que no se han configurado motivos que lleven a inferir que la EPS que represento, haya vulnerado o pretenda negar deliberadamente el acceso a la afiliada de servicios a futuro tal y como lo ha reiterado la Corte Constitucional en su amplia jurisprudencia:

> "(…) Sin embargo, esto no implica que el juez de tutela, infiriendo el tratamiento que podría llegar a ser necesario, y sin tener en cuenta las circunstancias de salud y económicas en las que se encuentra el actor, ordene el cubrimiento de todo tipo de tratamiento necesario cuando no se tiene siquiera señal de que la EPS haya anticipado su negativa. Proceder de tal manera traspasa el límite de la informalidad de la acción de tutela que permite fallos extra petita y deviene en un fallo desproporcionado (…)"
>
> Lo anterior por cuanto, un TRATAMIENTO INTEGRAL en una orden indeterminada, de manera intrínseca por su ambigüedad y falta de certeza a futuro, podría incluir servicios que sin excepción no se pueden financiar con los recursos públicos asignados al Sistema de Salud, con cargo a la UPC Resolución 2292 del 2021 y mucho menos al presupuesto máximo establecido en la Resolución 586 del 2021 por medio de la cual se establecen

disposiciones con relación con el presupuesto máximo, para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS

Por lo anterior expuesto solicita revocar o modificar según el caso, del fallo emitido por el A quo como indica;

"1.1. Solicito a su señoría, se MODIFIQUE la decisión del A quo y en su lugar se sirva, DENEGAR la acción de tutela instaurada por el accionante, por cuanto la conducta desplegada por FAMISANAR EPS ha sido legítima y tendiente a asegurar el derecho a la salud y la vida del usuario, dentro de las obligaciones legales de la misma y, además, por no acreditarse la concurrencia de las exigencias previstas por la Corte Constitucional para inaplicar las normas que racionalizan la cobertura del servicio.

1.2. Solicito a su señoría, se MODIFIQUE la decisión del A quo y en su lugar se sirva, DENEGAR la acción de tutela instaurada por el accionante, por cuanto la conducta desplegada por FAMISANAR EPS no ha vulnerado los Derechos Fundamentales de la accionante.

1.3. Solicito respetuosamente señor Juez, se MODIFIQUE la decisión indeterminada del A quo y en su lugar se determine expresamente en la parte resolutiva de la sentencia las prestaciones en salud cobijadas por el fallo, así como la patología respecto de la cual se otorga el amparo, para evitar la posibilidad de que en el futuro se terminen destinando los recursos públicos del sistema para el cubrimiento de servicios que no lleven implícita la preservación del derecho a la vida, que precisamente es el objetivo del amparo, REVOCANDO así, la orden de TRATAMIENTO INTEGRAL(el cuál puede incluir servicios excluidos).

1.4. Solicito señor Juez respetuosamente se expida copia del fallo que este despacho profiera a nombre de FAMISANAR EPS."

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

Conforme al artículo 86 de nuestra Carta Magna, se tiene que la acción de tutela es un mecanismo preferente y sumario, a través del cual toda persona puede invocar ante las autoridades judiciales la protección de los derechos constituciones fundamentales que considere vulnerados o amenazados por parte de las autoridades públicas y excepcionalmente por particulares. Mecanismo que a la luz de la misma normativa procede cuando el afectado no disponga de otros medios de defensa judicial o, existiendo, se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

Es necesario señalar que dicha acción no es principal sino subsidiaria y que procede cuando no se cuenta con otro mecanismo de defensa judicial, para la protección de los derechos o cuando se está frente a una circunstancia, que haga visible su reconocimiento de manera transitoria, para evitar un perjuicio irremediable, de tal manera, que la tutela no es un mecanismo discrecional del potente, sino que la misma ley ha previsto las circunstancias bajo las cuales procede (Artículo 6 del Decreto 2591 de 1991).

El problema jurídico a resolver en esta segunda instancia, consiste en establecer si se revoca, modifica o confirma el fallo de primera instancia, que amparo los derechos fundamentales al mínimo vital, a la salud, seguridad social del acciónate, porque en consideración de la E **EPS FAMISANAR S.A.S**, no es viable ordenar tratamiento integral por involucrar hechos futuros e inciertos.

Así las cosas, es necesario hacer un breve análisis del marco normativo y jurisprudencial en donde se consigna el derecho a la salud, al respecto:

El derecho a la salud se encuentra consagrado en el artículo 49 de la Constitución Política en donde se indica que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado y por ende se garantiza a todas las personas al acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de las salud**.**

Respecto del mismo derecho la Honorable Corte Constitucional mediante sentencia T-266 de 2020 indico: **"(…)**

1. **El derecho a la salud**

El PIDESC establece que los Estados Parte "*reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*".[1] Por su parte, la Constitución Política enuncia que la atención en salud es una responsabilidad a cargo del Estado (art. 49). Posteriormente, la Ley 1751 de 2015 reconoce el derecho a la salud como fundamental, autónomo e irrenunciable, comprendiendo "*el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud*".[2] Las características asociadas al derecho a la salud son esenciales a él y se encuentran regulados en el artículo 6º de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y fueron reconocidos inicialmente por la Observación General N°14. Tales elementos son cuatro: la disponibilidad[3], la aceptabilidad,[4] la calidad e idoneidad profesional[5] y la accesibilidad. No obstante, para el asunto objeto de análisis la Sala analizará únicamente a la accesibilidad. Asimismo, precisará los contenidos de los mandatos de la solidaridad para delimitar las obligaciones del Estado

A. La accesibilidad

El PIDESC indica que el acceso en condiciones de igualdad a los servicios médicos, comprende *(i)* la no discriminación,[6] *(ii)* la accesibilidad física,[7] *(iii)* el acceso a la información[8] y *(iv)* la accesibilidad económica[9]. En este sentido, la accesibilidad significa que los servicios y tecnologías deben estar disponibles para lograr el mayor nivel de salud posible y que sean asequibles a todas las personas, sin discriminación y con observancia de las diferencias culturales, etarias, sociales y de género que existan entre ellas.

Accesibilidad económica (asequibilidad).[10] Los bienes y servicios relacionados con el sector de la salud deben estar al alcance de los miembros de la sociedad. Para ello, el pago por la atención médica y los insumos que requieran un tratamiento deben responder a criterios de equidad y asegurar que los grupos socioeconómicamente más vulnerables puedan acceder a la totalidad de la oferta, sin discriminación por la capacidad económica que tengan para asumir su costo.

---

[1] Aprobado en el ordenamiento colombiano mediante la Ley 74 de 1968.
[2] Artículo 2º.
[3] La **disponibilidad** se refiere a la existencia de suficientes servicios, tecnologías e instituciones para asegurar prestaciones en salud en condiciones sanitarias adecuadas, así como de programas de salud, medicamentos, personal médico y profesional competente
[4] La **aceptabilidad** implica que todos los agentes del sistema deben respetar la ética médica, la diversidad de género y las diferencias culturales y etarias entre las personas. Para asegurarlo, debe permitirse la participación de los usuarios en las decisiones que les afecten y garantizar la confidencialidad de su información.
[5] La **calidad e idoneidad profesional** atañe a la necesidad de que el servicio responda a conceptos médicos y técnicos, como a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas, lo que conduce a la necesidad de que se preste con *"personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas"* (Ley 1751 de 2015. Artículo 4).
[6] "**No discriminación.** Conforme este imperativo, los bienes y servicios de salud "deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población" Sentencia T-409 de 2019
[7] "**Accesibilidad física**. Según esta exigencia los servicios de salud deben estar al "alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial [de] los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA". Según este mandato, se espera que los servicios se encuentren ofertados a una "distancia geográfica razonable" y en edificaciones a las que las personas en condición de discapacidad física puedan ingresar en forma autónoma." Sentencia T-409 de 2019.
[8] "**Acceso a la información.** Las personas tienen el derecho a solicitar, recibir y difundir información e ideas sobre temas de salud, sin comprometer la confidencialidad de sus datos personales." Sentencia T-409 de 2019.
[9] "**Accesibilidad económica (asequibilidad).** Los bienes y servicios relacionados con el sector de la salud, deben estar al alcance de los miembros de la sociedad. Para ello el pago por la atención médica y los insumos que requiera un tratamiento, deben responder a criterios de equidad y asegurar que los grupos socioeconómicamente más vulnerables puedan acceder a la totalidad de la oferta, sin discriminación en razón de la capacidad económica que tengan para asumir su costo." Sentencia T-409 de 2019.
[10] Sentencias T-884 de 2003, T-739 de 2004, T-223 de 2005, T-905 de 2005, T-1228 de 200, T-1087 de 2007, T-542 de 2009 y T-550 de 2009.

El Estado está en la obligación de consolidar un sistema institucional que, progresivamente, permita asegurar el ejercicio del derecho a la salud por parte de cada uno de los ciudadanos, sin barreras económicas, pues como lo ha reconocido la Organización de Naciones Unidas, "*en muchos casos, sobre todo por lo que respecta a las personas que viven en la pobreza, ese objetivo es cada vez más remoto*".[11]

La accesibilidad en todas sus facetas debe estar asegurada conjuntamente en cada caso particular para que una persona pueda predicar el ejercicio del derecho a la salud. El propósito es que todas las personas y, en forma preferente, aquellas que estén en condición de vulnerabilidad puedan acceder al sistema y a los beneficios incluidos en él, y que una vez iniciada la prestación de un servicio este no pueda ser discontinuado por motivos administrativos o económicos (principio de continuidad). El servicio de transporte para las personas en situación de vulnerabilidad compone uno de los elementos del principio de continuidad para acceder a la salud, que esta Sala analizará más adelante.

2. Escenarios constitucionales del derecho a la salud. Reiteración de jurisprudencia constitucional

El derecho a la salud tiene variadas comprensiones concretas y, por tanto, tiene amplias opciones en su manifestación. Estas diferentes manifestaciones nacen de la comprensión de la salud como un derecho fundamental -dimensión individual- y, a su vez, como un servicio público -dimensión colectiva-.

Ellos son un ejercicio de comprensión de las diferentes garantías que tienen las personas y, asimismo, precisa las obligaciones que tienen el Estado y las empresas promotoras de salud con respecto a la prestación del servicio público de salud. Dentro de estas manifestaciones se encuentran en la jurisprudencia, entre otras, ***(i)*** la garantía del transporte, alimentación y alojamiento tanto del paciente como de su acompañante; ***(ii)*** la atención domiciliaria; ***(iii)*** la garantía de la entrega oportuna de medicamentos, practica de exámenes prescritos y derecho al diagnóstico; y, ***(iv)*** la garantía de amparo integral de los pacientes.

2.1. Sobre el derecho al diagnóstico y el acceso a servicios, insumos y tecnologías en salud conforme con la Ley 1751 de 2015 y las resoluciones 1885 de 2018, 244 de 2019, 3512 de 2019 y 205 de 2020

La jurisprudencia constitucional ha examinado hipótesis concretas sobre problemas de la garantía del derecho a la salud -diferentes a las hipótesis de accesibilidad previstas en la sección anterior-. Estas se distinguen en que desconocen, por una parte, facetas subjetivas del derecho a la salud y, por la otra, implican una ineficiencia en la prestación del servicio público de salud. Entre ellas se evidencian i) la vulneración del derecho al diagnóstico; ii) la negación de accesos a servicios, insumos y tecnologías ordenadas por el médico tratante.

a. Sobre el derecho al diagnóstico. Reiteración de jurisprudencia

Sobre el derecho al diagnóstico la jurisprudencia constitucional ha establecido que el principio de integralidad no implica que la atención médica opere de manera absoluta e ilimitada[12]. En ese sentido, debe existir un ***diagnóstico médico que haga determinable, en términos de cantidad y periodicidad, los servicios médicos y el tratamiento que se debe adelantar para garantizar de manera efectiva la salud del paciente y su integridad personal***[13]**.**

La Corte ha protegido el derecho fundamental al diagnóstico como medio necesario para identificar los padecimientos del accionante y, a partir de allí, prescribir el tratamiento adecuado. Así, el derecho al diagnóstico implica una valoración técnica, científica y oportuna que defina con claridad el estado de salud del paciente y los tratamientos médicos que

[11] Ibídem.
[12] Corte Constitucional. Sentencia T-100 de 2016.
[13] Corte Constitucional. Sentencia T-100 de 2016.

requieren[14]. En ese sentido, de acuerdo con la Corte, son tres las etapas que cubren el derecho al diagnóstico: **identificación**, **valoración** y **prescripción**[15].

En principio, quien tiene la competencia para emitir un diagnóstico es el médico tratante adscrito a la red prestacional de la EPS a la que se encuentra afiliado el usuario[16]. Ello, pues es la persona capacitada en términos técnicos y científicos y, a su vez, es la persona que conoce la historia clínica del paciente[17].

En efecto, mediante la sentencia **T-760 de 2008[18]**, la Corte sostuvo que un concepto médico externo vincula a una EPS cuando éstas no **confirman, modifican o descartan su contenido** con fundamento en criterios científicos obtenidos de la valoración de un especialista adscrito a la red prestacional de la entidad o de la evaluación que haga el Comité Técnico Científico[19]. Por ello, una EPS vulnera el derecho a la salud cuando al conocer un concepto médico particular, no lo confirma, modifica o descarta con base en criterios técnico-científicos y, a su vez, niega las prestaciones contenidas en él, por el hecho de que lo ordenó un especialista no adscrito a su red prestacional[20].

En este tipo de eventos, el juez de tutela puede ordenar ***(i)*** la entrega o práctica, según corresponda, del servicio médico recomendado por el médico externo[21] o ***(ii)*** una valoración por parte del personal médico especializado de la EPS en la que se determine la pertinencia de la prescripción médica realizada externamente y el tratamiento que requiere el paciente en atención a sus patologías, cuando no haya unificación de criterios en relación con los servicios que aquél requiere, de acuerdo con las condiciones concretas de las personas accionantes[22].

Por su parte, en la sentencia **T-373 de 2012[23]**, la Sala Sexta de Revisión analizó el caso de una ciudadana a la que una EPS le negó la extracción de un tumor en su ovario izquierdo, *diagnosticado por un médico no adscrito a la red prestacional de la entidad*. Este tribunal consideró que "*no tener el diagnóstico o no aceptar el criterio de un médico externo, puede convertirse en un ilegítimo obstáculo contra el acceso al derecho constitucional a la salud*"[24]. En consecuencia, ordenó a la EPS que dispusiera de un médico especialista adscrito a su red prestacional para que, por medio de un diagnóstico, definiera los procedimientos quirúrgicos pretendidos y su necesidad de práctica[25].

Por lo anterior es posible concluir que ***el diagnóstico médico se constituye en el punto de partida para garantizar el acceso a los servicios de salud; toda vez que, a partir de una delimitación concreta de los tratamientos, medicamentos, exámenes e insumos requeridos, se pueden desplegar las actuaciones médicas tendientes a restablecer la salud del paciente.***

b. Sobre el acceso a insumos, servicios y tecnologías con la ley 1751 de 2015 y las Resoluciones 1885 de 2018, 244 de 2019, 3512 de 2019 y 205 de 2020

La Corte constató en el 2008 que la interpretación y aplicación del modelo fijado por la Ley 100 de 1993 hacía difícil el acceso a los servicios y tecnologías en salud. Por ello, replanteó este modelo y ordenó, entre otros, actualizar el plan obligatorio de salud anualmente y de acuerdo con los criterios establecidos en la sentencia T- 760 de 2008[26].

---

[14] Corte Constitucional. Sentencia T-100 de 2016.
[15] Corte Constitucional. Sentencia T-100 de 2016. En relación con el derecho al diagnóstico, en la sentencia T-366 de 1999 se precisó: "El derecho a la seguridad social, ligado a la salud y a la vida de los afiliados al sistema y de sus beneficiarios, no solamente incluye el derecho a reclamar atención médica, quirúrgica, hospitalaria y terapéutica, tratamientos y medicinas, sino que incorpora necesariamente el derecho al diagnóstico, es decir, la seguridad de que, si los facultativos así lo requieren, con el objeto de precisar la situación actual del paciente en un momento determinado, con miras a establecer, por consecuencia, la terapéutica indicada y controlar oportuna y eficientemente los males que lo aquejan o que lo pueden afectar, le serán practicados con la prontitud necesaria y de manera completa los exámenes y pruebas que los médicos ordenen." Este derecho ha sido desarrollado por esta Corporación en diferentes sentencias, entre las que se encuentran, entre otras, las sentencias T-367 de 1999, T-289 y T-849 de 2001, T-1027 de 2005, T-690A de 2007, T-717 de 2009, T-639 del 2011, T-025 del 2013, T-033 del 2013, T-737 del 2013, T-433 del 2014.
[16] La sentencia T-760 de 2008 precisó que "la persona competente para decidir cuándo alguien requiere un servicio de salud, es el médico tratante, por estar capacitado para decidir con base en criterios científicos y por ser quien conoce al paciente. La jurisprudencia constitucional ha considerado que el criterio médico relevante es el que de aquel que se encuentra adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio." En el pie de página 167 de la referida sentencia, se establece que este criterio de competencia ha sido ampliamente desarrollado en la jurisprudencia constitucional. Sugiere para su consulta las sentencias T-271 de 1995, SU-480 de 1997, SU-819 de 1999, T-414 de 2001, T-786 de 2001, T-344 de 2002 y T-100 de 2016, entre otras.
[17] Corte Constitucional. Sentencia T-100 de 2016.
[18] Corte Constitucional. Sentencias T-760 de 2008 y T-100 de 2016.
[19] Corte Constitucional. Sentencias T-760 de 2008 y T-100 de 2016.
[20] Corte Constitucional. Sentencias T-760 de 2008 y T-100 de 2016.
[21] Corte Constitucional. Sentencias T-760 de 2008 y T-100 de 2016.
[22] Corte Constitucional. Sentencias T-760 de 2008 y T-100 de 2016.
[23] Corte Constitucional. Sentencia T-373 de 2012.
[24] Corte Constitucional. Sentencia T-373 de 2012.
[25] Corte Constitucional. Sentencia T-373 de 2012. De modo similar, en la sentencia T-025 de 2013, ésta Sala de Revisión estudió el caso de una menor de edad a la que un neuropediatra particular le ordenó un encefalograma a fin de establecer si el parpadeo que presentaba era un agravante de la epilepsia focal que padecía. En esa oportunidad, esta Sala de Revisión concluyó que el derecho a la salud, en su faceta de diagnóstico, había sido vulnerado comoquiera que la simple negativa de la entidad promotora de salud impidió que se estudiara el concepto médico externo y, en consecuencia, que se afrontara la patología "con una valoración adecuada que le permitiera [a la menor] recibir la prescripción de los tratamientos [requeridos]". En efecto, este Tribunal ordenó que se practicara una valoración médica a la menor a cargo de dos especialistas adscritos a su red prestacional. Si en esta valoración se determinaba la pertinencia del examen ordenado por el médico externo, la entidad accionada debía practicarlo sin exigirle a la menor o su representante el cumplimiento de trámites administrativos innecesarios que obstaculizaran el goce efectivo de su derecho fundamental a la salud.
[26] Corte Constitucional. Sentencia T- 760 de 2008: "**Décimo octavo.- Ordenar** a la Comisión de Regulación en Salud la actualización de los Planes Obligatorios de Salud por lo menos una vez al año, con base en los criterios establecidos en la ley. La Comisión presentará un informe anual a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación indicando, para el respectivo período, (*i*) qué se incluyó, (*ii*) qué no se incluyó de lo solicitado por la comunidad

El legislador abordó la problemática identificada por la Corte Constitucional[27] y promulgó la Ley 1751 de 2015. La norma desarrolló, además, la dimensión positiva del derecho fundamental a través del sistema de salud, que lo definió como el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud.

Asimismo, modificó el plan obligatorio de salud -POS- y, a partir de ella, se denominó Plan de Beneficios en salud -PBS-. Éste se considera parte del ámbito irreductible del derecho fundamental a la salud[28] y se garantiza mediante la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, conforme al artículo 15 inciso 1 de dicha Ley.

El PBS contiene, entre otros, dos elementos que son relevantes para el presente caso, a saber, un modelo de exclusión expresa y un conjunto de definiciones o precisiones. El legislador abandonó el modelo de inclusiones y exclusiones explícitas, y propuso un sistema de exclusiones explicita, donde todo aquel servicio o tecnología en salud que no se encuentre expresamente excluido, se encuentra incluido. Ello puede verificarse en el curso del proyecto de la Ley Estatutaria de Salud tanto en Senado de la República[29], como en Cámara de Representantes[30].

Lo anterior se evidencia en el artículo 15 de dicha ley. Allí, por una parte, hace referencia a la garantía general del derecho a la salud mediante la prestación de servicios y tecnologías en salud (artículo 15 inciso 1); y, por la otra, se establece cómo se compone el conjunto de servicios y tecnologías excluidos del plan obligatorio en salud (artículo 15 inciso 2), así como las reglas para fijar la lista de exclusión (artículo 15 incisos 3 y 4) y las reglas particulares sobre la acción de tutela y las enfermedades prácticas (artículo 15 parágrafos 1, 2 y 3).

Por cuestiones metodológicas, se enunciará, en primera instancia, el sistema de exclusión explícita y, en segunda, los servicios y tecnologías incluidos.

a. Sistema de exclusión

El artículo 15 inciso 2 de la Ley 1751 de 2014 establece que ciertos servicios y tecnologías no serán sufragados con los recursos destinados a la salud[31]. La finalidad de esta restricción es garantizar la sostenibilidad del sistema, según el artículo 6 literal i de la norma, sin desconocer el ámbito irreductible de protección –núcleo esencial– del derecho fundamental a la salud[32], ni el deber de garantizar el nivel más alto posible de atención integral en salud y de prever una ampliación progresiva en materia de prestación de servicios y tecnologías en salud[33].

---

médica y los usuarios, (*iii*) cuáles servicios fueron agregados o suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas sobre cada servicio o enfermedad, y (*iv*) la justificación de la decisión en cada caso, con las razones médicas, de salud pública y de sostenibilidad financiera. En caso de que la Comisión de Regulación en Salud no se encuentre integrada el 1° de noviembre de 2008, el cumplimiento de esta orden corresponderá al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Cuando sea creada la Comisión de Regulación ésta deberá asumir el cumplimiento de esta orden y deberá informar a la Corte Constitucional el mecanismo adoptado para la transición entre ambas entidades.

[27] Gaceta del Congreso 116/2013, p. 2: "*Con el paso de los años, los colombianos han identificado los inconvenientes de mayor relevancia en la operación del SGSSS:*

a) En término de los servicios que los ciudadanos reciben, así:

1. Acceso inoportuno a los servicios en los diferentes niveles de complejidad (desde la promoción hasta la recuperación), siendo una muestra de ello, los tiempos que toman los pacientes con enfermedades de alto costo en ser diagnosticados e iniciados sus tratamientos.

2. Problemas de Calidad en la prestación de los servicios (determinado este atributo virtuoso en función de idoneidad, tecnología y seguridad) que a la postre determine el nivel de satisfacción del usuario y el mejoramiento o deterioro de su estado de salud o enfermedad.

b) En término del uso de las herramientas disponibles:

1. La ineficiencia en el uso de los recursos, conociendo que Colombia tiene un gasto de salud comparativamente elevado frente a otros países de la región y del mundo, que deberían reflejarse en mejores indicadores de resultado en salud.

2. Debilidad en la articulación entre el rector del sistema y quien ejerce la función exclusiva del Estado en términos de la vigilancia y el control del SGSSS.

3. El énfasis histórico en el enfoque curativo antes que en el promocional y preventivo determinado en sus inicios por la norma y que con el paso del tiempo se ha perdido de vista, lo que se refleja en el deterioro de algunos indicadores trazadores de salud.

4. Iliquidez y recientemente dudas sobre la sostenibilidad del SGSSS a causa de la reciente homologación del POS y la prima determinada en dicho proceso, coyuntura que ha sido el detonante de una crisis.

5. La explosión tecnológica ha elevado los costos en salud en todo el mundo por el aumento exagerado del lucro en las empresas de bienes y servicios relacionados con la atención médica. La industria farmacéutica y de tecnologías biomédicas son negocios transnacionales que ejercen presión sobre los sistemas de salud del mundo que exigen pactos sociales y políticos para su control y autorregulación".

[28] Gaceta del Congreso 116/2013, p. 3.

[29] Gaceta del Congreso 300/2013, p. 20. Ello puede verificarse en el curso del proyecto de la LeS. En la ponencia ante el Senado, se indicó que la filosofía de la ley consiste en que "todos los bienes y servicios que en materia de salud requiera un individuo se encuentren cubiertos" a menos que se trate de aquellos que constituyen un límite al derecho fundamental a la salud los cuales se encontrarán en una lista expresa de exclusiones.

[30] Gaceta del Congreso 306/2013, p. 2. En sentido similar, la ponencia presentada y aprobada ante la Cámara de Representantes indicó que el derecho fundamental a la salud se garantiza por medio de un plan de salud implícito para todas las personas y, en caso de que los servicios y tecnologías "no cumplan con los criterios científicos o de necesidad, serán explícitamente excluidos por la autoridad competente, previo un procedimiento técnico científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente".

[31] Corte Constitucional. Sentencia C- 313 de 2019.

[32] Véase, Gaceta del Congreso 306/2013, p. 6.

[33] Corte Constitucional. Sentencia T- 235 de 2018.

Conforme con la Corte, la restricción es constitucional pues, si se interpreta esta disposición junto con el artículo 8 parágrafo único de la norma, se puede establecer que ella está condicionada al cumplimiento de tres (3) requisitos.

El primer requisito consiste en que las exclusiones deben corresponder a alguno de los criterios fijados por el legislador. El artículo 15 inciso 2 –revisado y condicionado por la Corte Constitucional– consagra que los servicios y tecnologías no serán financiados, siempre y cuando se cumpla alguno de los siguientes criterios[34]: ***(i)*** que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas; ***(ii)*** que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica[35]; ***(iii)*** que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; ***(iv)*** que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; ***(v)*** que se encuentren en fase de experimentación; ***(vi)*** que tengan que ser prestados en el exterior.

El segundo requisito consiste en que los criterios deben concretarse en una lista de exclusión que contará, entre otras, con dos características. El artículo 15 inciso 3 de la Ley 1751 de 2015 establece que el Ministerio de Salud o la autoridad competente deberá excluir expresamente los servicios y tecnologías que se adecuen a alguno de los criterios enunciados en la consideración anterior, mediante un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente[36]. La Corte Constitucional aclaró, además, que la exclusión del servicio y tecnología debe ser plenamente determinada[37], es decir, no se pueden construir listas genéricas o ambiguas, pues ellas dejan un margen de discrecionalidad demasiado amplio a las entidades responsables de la autorización y la prestación o suministro de servicios y tecnologías, que podría implicar un desconocimiento al derecho fundamental a la salud y al principio de integralidad[38]. Ligado al deber de fijar las exclusiones plenamente determinadas, la Corte Constitucional ha indicado que, en caso de duda sobre el alcance de un servicio o tecnología, se deberá interpretar conforme al principio de integralidad –artículo 8 inciso 2 de la Ley 1751 de 2015– y, por tanto, a favor del paciente[39].

El tercer requisito consiste en la verificación caso a caso y la excepcionalidad de la prestación de un servicio o tecnología excluido. La Corte Constitucional ha sostenido que es aplicar la excepción de inconstitucionalidad de las exclusiones, siempre y cuando operen las reglas que ha construido esta Corporación en el caso en concreto y se afecte la dignidad humana[40]. Asimismo, se ha indicado que, en sede de tutela, esta excepción deberá soportarse en las reglas fijadas por las sentencias SU- 480 de 1997, T- 237 de 2003 y C- 313 de 2014, a saber[41]:

> a) Que la ausencia del fármaco o procedimiento médico lleve a la amenaza o vulneración de los derechos a la vida o la integridad física del paciente, bien sea porque se pone en riesgo su existencia o se ocasione un deterioro del estado de salud que impida que ésta se desarrolle en condiciones dignas.
>
> b. Que no exista dentro del plan obligatorio de salud otro medicamento o tratamiento que supla al excluido con el mismo nivel de efectividad para garantizar el mínimo vital del afiliado o beneficiario.

---

[34] La Corte Constitucional condicionó estos criterios y sostuvo que son constitucionales, "*siempre y cuando no tenga lugar la aplicación de las reglas trazadas por esta Corporación para excepcionar esa restricción del acceso al servicio de salud y, en el caso concreto, no se afecte la dignidad humana de quien presenta el padecimiento*". Corte Constitucional. Sentencia C- 313 de 2014.

[35] La Corte consideró que esta disposición debía leerse con dos precisiones. La primera consiste en que "[c]*uando un médico tratante considera que cuenta con información técnica y científica para usar un medicamento, como se indicó, su opinión sólo podrá ser controvertida con base en información del mismo carácter. Sólo con base en información científica aplicada al caso concreto de la persona de que se trate, podría una entidad del Sistema de Salud obstaculizar el acceso al medicamento que le ordenó su médico tratante. Por tanto, los medicamentos que aún no han sido autorizados por el INVIMA deben ser suministrados cuando una persona los requiera, con base en la mejor evidencia científica disponible (…)*". Corte Constitucional. Sentencia T- 418 de 2011, reiterada en sentencia C- 313 de 2014; mientras que la segunda indica que *(i) toda persona tiene el derecho constitucional a acceder a los servicios que requiera; (ii) el conocimiento científico, aplicado al caso concreto del paciente, son los criterios mínimos para establecer si un servicio de salud se requiere; (iii) cuando el servicio de salud que se requiera es un medicamento, este deber ser ordenado de acuerdo con su principio activo, salvo casos excepcionales y (iv) los medicamentos que aún no han sido autorizados por el INVIMA deben ser suministrados cuando se requieran, con base en la mejor evidencia científica disponible*". Corte Constitucional. Sentencia T- 539 de 2013, reiterada en la sentencia C- 313 de 2014.

[36] Corte Constitucional. Sentencia C- 313 de 2014: "*El inciso 3º del artículo en estudio prescribe que los servicios y tecnologías que cumplan con tales criterios serán excluidos por la autoridad competente previo un procedimiento participativo. Además, establece el deber de contar con expertos y prohíbe el fraccionamiento de un servicio previamente cubierto. Para el Tribunal Constitucional, esta preceptiva resulta constitucional, pues, de un lado, es compatible con el postulado de la participación ya revisado en el artículo 12 del Proyecto y, de otro, resulta ajustado al principio de integralidad, avalado por esta Corporación al pronunciarse sobre el artículo 8 del Proyecto, dado que se proscribe el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto*".

[37] Corte Constitucional. Sentencia C- 313 de 2014.

[38] Corte Constitucional. Sentencia C- 313 de 2014.

[39] Corte Constitucional. Sentencia C- 313 de 2014: "*Observa la Corte que el vocablo "alcance" empleado por el legislador estatutario, alude, en una de las acepciones de la RAE, a: significación, efecto o trascendencia de algo". Con lo cual, la duda se presenta en cuanto al efecto que pueda causar el servicio o tecnología en la persona que presenta el padecimiento. En este punto, advierte la Corporación que la incertidumbre a la que se refiere en la disposición, no obsta para que se conceda la prestación del servicio o tecnología, pues, lo que se determinó por legislador estatutario, es que la situación se debe resolver en favor de quien depreca el servicio o tecnología.*
Para la Sala, esta provisión debe conducir a asegurar la prestación del servicio, tal como lo ha manifestado el Gobierno en su intervención. En el ámbito de la salud, la duda sobre el alcance del servicio o tecnología, puede desembocar en consecuencias letales para quien espera el servicio y, por ello, en esas circunstancias se impone brindar la atención necesaria. No es admisible que la incertidumbre sobre el efecto de un procedimiento, se resuelva con el daño a quien está pendiente del suministro del servicio o tecnología. Permitir esta última situación, quebranta los mandatos constitucionales de realización efectiva de los derechos, particularmente, atenta contra la dignidad humana y desconoce que el bienestar del ser humano es un propósito del sistema de salud.
Para el Tribunal Constitucional, tal como lo expresa el Gobierno, el precepto es una expresión del principio pro homine, previamente considerado y avalado por esta Corporación cuando se analizó el literal b del artículo 6 de este mismo cuerpo legal bajo control de constitucionalidad".

[40] Corte Constitucional. Sentencia C- 313 de 2014.

[41] Corte Constitucional. Sentencia SU- 480 de 1997, reiterada por las sentencias T- 237 de 2003, T- 760 de 2008 y C-313 de 2014.

c. Que el medicamento o tratamiento excluido del plan obligatorio haya sido ordenado por el médico tratante del afiliado o beneficiario, profesional que debe estar adscrito a la entidad prestadora de salud a la que se solicita el suministro.

d. Que el paciente carezca de los recursos económicos suficientes para sufragar el costo del fármaco o procedimiento y carezca de posibilidad alguna de lograr su suministro a través de planes complementarios de salud, medicina prepagada o programas de atención suministrados por algunos empleadores.

A esta altura, la Sala Novena de Revisión de la Corte Constitucional considera necesario realizar unas consideraciones sobre la capacidad económica de los accionantes en materia de salud para determinar la posibilidad de garantizar la prestación de los insumos y servicios excluidos expresamente del PBS.

El artículo 49 de la Constitución consagra el deber de todas las personas de procurar su salud y el de su comunidad. Ello implica el establecimiento del principio de solidaridad. Este consiste, conforme con la jurisprudencia, en, por una parte, el deber de todo ciudadano de colaborar con el sistema de salud mediante aportes[42]; y, por la otra, en cuidarse a sí misma y a su familia -más aun cuando la integran sujetos de especial protección constitucional-. Esta obligación constitucional se encuadra en el artículo 6, literal J, de la Ley 1751 de 2015, el cual establece que el sistema de salud está basado en el apoyo mutuo entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades. Sin embargo, ello no implica una exclusión de la prestación de los servicios de salud por parte de las empresas encargadas para tal fin, pues son quienes tienen la obligación de prestar los servicios médicos asistenciales de sus afiliados[43].

Asimismo, la jurisprudencia constitucional ha establecido que el principio de solidaridad y, por tanto, las obligaciones de cuidado de la familia encuentran un límite en la capacidad económica del accionante y en el proyecto de vida del núcleo familiar. Sin embargo, esta capacidad económica no debe entenderse o identificarse mediante un indicador objetivo en el cual se contrastan los ingresos familiares con el costo de los servicios requeridos, pues, aquellos son destinados para la garantía del mínimo vital[44].

La Corte Constitucional, en diferentes oportunidades, ha estudiado las reglas aplicables para valorar la capacidad económica del accionante[45]. Esta línea jurisprudencial ha sido precisada por la misma Corporación en sus diferentes salas de revisión. En efecto, en un primer momento, correspondía al accionante probar su incapacidad económica para que el juez constitucional protegiera su derecho fundamental a la salud. Esta posición jurisprudencial varió. Conforme con la Corte,

(i) es aplicable la regla general, 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

[42] Corte Constitucional. Sentencia T-841 de 2012.
[43] Corte Constitucional. Sentencia T-235 de 2018.
[44] Corte Constitucional. Sentencia T-841 de 2012.
[45] Cfr. Corte Constitucional. Sentencias SU-819 de 1999, T-113 de 2002, T-683 de 2003, T-752 de 2012 y T-171 de 2016.

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."

Conforme con la jurisprudencia constitucional, la capacidad económica no debe verificarse a través de información cuantitativa de los ingresos que tenga el accionante y su núcleo familiar. Por el contrario, éste debe verificarse a través de condiciones fácticas y análisis cualitativos de la capacidad o incapacidad del accionante para sufragar los costos de los medicamentos, tratamientos o servicios requeridos.

b. *Servicios y tecnologías incluidas*

El artículo 15 inciso 1 de la Ley 1751 de 2015 consagra la regla general de los servicios y tecnologías en salud incluidos. La disposición jurídica dice que el derecho fundamental a la salud se garantizará a través de la prestación de servicios y tecnologías. Éstos se estructuran sobre una concepción integral de salud, que incluye su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de las secuelas.

La jurisprudencia ha sostenido que esta disposición debe leerse en concordancia con el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015 y con la Observación N°14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales[46]. A partir de allí, se establece que el derecho a la salud debe entenderse como un derecho de disfrute de toda gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud[47]; mientras que el artículo 8 inciso 1 de la Ley 1751 de 2015 consagra que los servicios y tecnologías en salud deben prestarse de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador.

Así, la prestación y el suministro de servicios y tecnologías deberán guiarse por el principio de integralidad, el cual se refiere a la necesidad de garantizar el derecho a la salud de tal manera que los afiliados al sistema puedan acceder a las prestaciones que requieran de manera efectiva, es decir, que se les otorgue una protección completa en relación con todo aquello que sea necesario para mantener su calidad de vida o adecuarla a los estándares regulares[48].

El efecto de aplicar el principio de integralidad en el sistema de inclusión puede verse en el artículo 8 inciso 2 de la Ley 1751 de 2015. Este establece que, en caso de duda sobre el alcance de un servicio o tecnología en salud, se entenderá que éstos comprenden todos los elementos esenciales para lograr el objetivo médico respecto a la necesidad en salud diagnosticada. La Corte Constitucional ha entendido que este efecto refleja también el principio *pro personae*[49].

Esto significa que la duda sobre el alcance del servicio o tecnología puede desembocar en consecuencias graves para el usuario, pues se le brindaría una atención inadecuada[50]. Por ello es necesario que la duda se resuelva bajo el criterio de garantía efectiva de derechos, así como de evitar el daño sobre quien se prestará el servicio o suministrará la tecnología en salud[51].

---

[46] Corte Constitucional. Sentencia C- 093 de 2018.
[47] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, HRI/GEN/1/Rev. 9 (Vol. 1), recuperado en https://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html#GEN14.
[48] Corte Constitucional. Sentencia T- 586 de 2013, reiterada en la sentencia C- 313 de 2014.
[49] Corte Constitucional. Sentencia C- 313 de 2014.
[50] Corte Constitucional. Sentencia C- 313 de 2014.
[51] Corte Constitucional. Sentencia C- 313 de 2014.

Asimismo, el artículo 15 inciso 4 de la Ley 1751 de 2015 establece que la ley determinará un mecanismo técnico científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente, para ampliar progresivamente los beneficios en salud. Esta disposición tiene como objeto prever las posibles situaciones que afectan la salud y reforzar el principio de progresividad y el carácter democrático del servicio de salud, conforme con el artículo 49 inciso 3 de la Constitución Política y el artículo 6 literal g la Ley 1751 de 2015. La Corte Constitucional ha establecido que la aplicación del principio de progresividad implica una cierta gradualidad[52], es decir, que el Estado se encuentra en la obligación de ampliar el nivel de realización del derecho a la salud, así como de abstenerse a tomar medidas que sean regresivas en torno a la prestación de servicios y suministro de tecnologías en salud[53].

Esta lectura se traduce en dos reglas generales, aceptadas de forma pacífica por la jurisprudencia constitucional y por la reglamentación: ***(i) se entenderá que todo servicio o tecnología en salud, que no se encuentre excluido taxativamente del Plan de Beneficios en Salud, está incluido[54]*** y; ***(ii) el Congreso de la República y el Gobierno Nacional tienen la obligación de actualizar y ampliar la cobertura en matera de atención en salud***.

La jurisprudencia constitucional ha precisado las reglas sobre la posibilidad de acceder al suministro de medicamentos o tratamientos incluidos en el PBS. En efecto, ha considerado que no brindar los medicamentos previstos en cualquiera de los planes obligatorios de salud, o no permitir la realización de las cirugías amparadas por el plan, constituye una vulneración al derecho fundamental a la salud[55].

De manera concreta, en la sentencia **T-050 de 2019**, la Corte estudió un caso en el cual una EPS negó el tratamiento ordenado por el médico tratante para una persona con trastorno mental[56]. En el caso concreto, la Sala encontró que i) el tratamiento ordenado se encontraba dentro de 5269 de 2017 -servicios del PBS financiados con cargo a la UPC-[57]; ii) la prestación fue ordenada por el médico tratante; iii) su estado de salud lo exige[58]; y, iv) la prestación de dicho servicio fue solicitada en varias ocasiones[59].

Así, conforme con el estándar jurisprudencial, los requisitos para acceder al suministro de medicamentos incluidos en el PBS son los siguientes

i) El servicio médico debe estar contemplado en el Plan de Beneficios en Salud
ii) Debe estar debidamente ordenado por el médico tratante
iii) Debe ser necesario para conservar la salud, vida y dignidad y
iv) Fue previamente solicitado a la entidad encargada, la cual o se negó a la prestación o dilató la misma de manera injustificada

Es de recordar que, en el primer requisito ***-(i)-***, conforme con la jurisprudencia constitucional, debe entenderse los medicamentos, servicios o tecnologías establecidas en el PBS y cobija todos los medicamentos, servicios y tecnologías que no se encuentren en la lista de exclusiones determinada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Por su parte, en el segundo requisito ***-(ii)-,*** el profesional en salud debe encontrarse adscrito a la red contratada por la EPS[60]. Sin embargo, ello no excluye la posibilidad de que un médico particular pueda prescribir un servicio o tecnología en salud y dicha prescripción vincule a la empresa promotora de salud[61], bajo las reglas que ha diseñado la Corte Constitucional[62].

---

[52] Corte Constitucional. Sentencia C-313 de 2018.
[53] Véase Corte Constitucional. Sentencia C-313 de 2018.
[54] El listado de servicios y tecnologías excluidos se encuentra en la Resolución 244 de 2019 "*Por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud*", proferida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
[55] Corte Constitucional. Sentencia T-736 de 2004 y T-124 de 2016.
[56] Corte Constitucional. Sentencia T-050 de 2019.
[57] Corte Constitucional. Sentencia T-050 de 2019.
[58] Corte Constitucional. Sentencia T-050 de 2019.
[59] Corte Constitucional. Sentencia T-050 de 2019.
[60] Corte Constitucional. Sentencia T- 235 de 2018.
[61] Corte Constitucional. Sentencia T- 760 de 2008, reiterada en sentencia T- 235 de 2018. Según la jurisprudencia constitucional, los requisitos para que el dictamen médico externo sea vinculante a la EPS donde el accionante está afiliado son: a) ésta conoce la historia clínica particular de la persona y, al tener conocimiento de la opinión emitida por el médico externo, no descarta aquella con base en información científica; b) los médicos tratantes adscritos a la empresa promotora de salud valoraron inadecuadamente al usuario; c) el paciente no ha sido sometido si quiera a valoración de los especialistas que sí están adscritos a la empresa promotora de salud y; d) la entidad ha valorado y aceptado los conceptos de médicos no inscritos como tratantes.
[62] Si el usuario decide acudir a un médico externo a la red de la empresa promotora de salud, las prescripciones que éste haga deberán someterse a un conjunto de reglas. Ello con la finalidad de garantizar un adecuado funcionamiento del sistema. Estas reglas son: ***(a)*** el usuario deberá dar a conocer a la empresa promotora de salud (a través de su médico tratante) la prescripción médica formulada por el médico externo; ***(b)*** el profesional en salud deberá verificar la prescripción médica y ajustarla a los formatos, herramientas tecnológicas y protocolos establecidos por los reglamentos; ***(c)*** la prescripción médica no podrá emplearse para omitir procedimientos reglamentarios (por ley o resolución); ***(d)*** en caso de contradicción, deberá valorarse médicamente al usuario (diagnóstico), para determinar su estado de salud y los servicios y tecnologías que requiera, y; ***(e)*** en caso de descartarse la prescripción médica externa, deberán mediar argumentos médicos y científicos.

Finalmente, los servicios y tecnologías que se encuentran incluidas se rigen por diferentes sistemas de financiación, regulados actualmente por las resoluciones 3512 de 2019 (UPC), 205 de 2020 (sistema de techo o tope) y 1885 de 2018 (ADRES).

2.2. Exoneración de pago de cuotas moderadoras y copagos. Reiteración de jurisprudencia

El Acuerdo 260 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud y establece la diferencia entre las *cuotas moderadoras* y los *copagos*. Las primeras se aplican a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios para regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS. Los segundos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema; se aplican única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios del régimen contributivo.[63]

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: equidad, información al usuario, aplicación general y no simultaneidad[64].

El artículo 4º del Acuerdo aclara que las cuotas moderadoras y los copagos se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado. Específicamente en relación con los copagos, que son los que tienen relevancia en el presente caso, en el artículo 9º se establece que el valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes, de acuerdo con los parámetros que, para cada evento, se fijan en la misma disposición.[65]

El artículo 7° de dicho Acuerdo establece que los copagos se aplicarán a todos los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud -Plan de Beneficios en Salud- con excepción de las siguientes prestaciones

- Servicios de promoción y prevención
- Programas de control en atención materno infantil
- Programas de control en atención de las enfermedades trasmisibles
- Enfermedades catastróficas o de alto costo
- La atención inicial en urgencias

De manera concreta, sobre las enfermedades catastróficas o de alto costo, sin perjuicio de la Resolución 2565 de 2007, la Resolución 3974 de 2009 enuncia algunas enfermedades de alto costo[66]. Asimismo, el Acuerdo 029 de 2011 y las Resoluciones 5521 de 2013 y 6408 de 2016 presentan un listado referente a los procedimientos, eventos o servicios considerados como tales de la siguiente manera:

> *"ARTÍCULO 129. ALTO COSTO. Sin implicar modificaciones en la cobertura del Plan de*

---

[63] Ver Sentencia T-584 de 31 de julio de 2007. Al respecto, dicha sentencia define estos principios de la siguiente manera: 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

[64] Corte Constitucional. Sentencia T-148 de 2016

[65] Artículo 9º. 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.

[66] a) cáncer de cérvix; b) cáncer de mama; c) cáncer de estómago; d) cáncer de colon y recto; e) cáncer de próstata; f) leucemia linfoide aguda; g) leucemia mieloide aguda; h) linfoma hodgkin; i) linfoma no hodgkin; j) epilepsia; k) artritis reumatoidea; y, l) infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Beneficios en Salud con cargo a la UPC, entiéndase para efectos del no cobro de copago los siguientes eventos y servicios como de alto costo: A. Alto Costo Régimen Contributivo: 1. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea. 2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis. 3. Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón. 4. Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central. 5. Reemplazos articulares. 6. Manejo médico quirúrgico del paciente gran quemado. 7. Manejo del trauma mayor. 8. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH/SIDA. 9. Quimioterapia y radioterapia para el cáncer. 10. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos. 11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas".

Sin embargo, conforme con la sentencia **T-402 de 2018**[67], la Ley 1438 de 2011 le otorgó al Gobierno Nacional, por una parte, la obligación de realizar la actualización del POS o PBS "*una vez cada dos años atendiendo a cambios del perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, la disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos en el Plan de Beneficios*";[68] y, por la otra, la evaluación integral del SGSSS cada cuatro (4) años, con base en indicadores como "*la incidencia de enfermedades crónicas no trasmisibles y en general las precursoras de eventos de alto costo*", con la finalidad de complementarlas[69].

En ese sentido, conforme con la jurisprudencia constitucional, la definición y alcance de las enfermedades de alto costo no es un asunto resuelto dentro de las normas legales o reglamentarias[70]. Por el contrario, dicha enumeración realizada por las normas no puede considerarse de manera taxativa y cerrada en atención a que su clasificación se encuentra supeditada a la vocación de actualización del Sistema General de Seguridad Social en Salud[71].

Jurisprudencialmente, además de la exoneración prevista en las normas pertinentes, hay lugar a la exención de dicho pago cuando se comprueba que el usuario del servicio de salud o su familia no cuentan con recursos económicos suficientes para asumir las cuotas moderadoras, copagos o cuotas de recuperación según al régimen que se encuentre afiliado[72].

En aras de no vulnerar los derechos del beneficiario la Corte ha fijado dos reglas jurisprudenciales para determinar los casos en que sea necesario eximir al afiliado del pago de las cuotas moderadoras, copagos o según el régimen al que se encuentre afiliado.[73] Al respecto dispuso que procederá esa exoneración *(i)* cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de los pagos moderadores.[74] Así la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente ofreciendo 100% del valor del servicio de salud.[75] Y *(ii)* cuando una persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad económica para asumirlo, pero tiene problemas para hacer la erogación correspondiente antes de que éste sea suministrado. En este caso, la entidad encargada de la prestación deberá brindar oportunidades y formas de pago al afectado, para lo cual podrá exigir garantías adecuadas, sin que la falta de pago pueda convertirse en un obstáculo para acceder a la prestación del servicio.[76]

En la Sentencia **T-984 de 2006**[77] 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[78], 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,*

---

[67] Corte Constitucional. Sentencia T-402 de 2018.
[68] Corte Constitucional. Sentencia T-402 de 2018.
[69] Corte Constitucional. Sentencia T-402 de 2018.
[70] Corte Constitucional. Sentencia T-402 de 2018.
[71] Corte Constitucional. Sentencia T-402 de 2018.
[72] Corte Constitucional. Sentencia T-676 de 2014.
[73] Ver Sentencia T-697 de 2007 y T-148 de 2016
[74] 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.
[75] Ver Corte Constitucional. Sentencia T-743 y T-148 de 2016
[76] Ver Corte Constitucional. Sentencia T-330 de 2006 y T-148 de 2016
[77] El demandante se había sometido a dos cirugías de angioplastia coronaria, en la primera de ellas practicada en el 2005 se le implantó los stents coronarios convencionales no recubiertos, expresamente contemplados en el POS. Sin embargo, hacia finales del 2005 el demandante volvió al servicio de urgencias de la Fundación, donde meses antes se había realizado la operación, presentando dolor en el pecho, dificultad para caminar, subir o bajar escaleras y dificultad para respirar, por eso no debe estar sometido a pagos innecesarios.
[78] Corte Constitucional. Sentencia T-984 de 2006.

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 y de conformidad con lo indicado se concluye 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 fundamental[79]. En todo caso, será el juez constitucional el encargado de verificar 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.

2.3. La garantía del tratamiento integral de los pacientes. Reiteración de jurisprudencia

La Ley 1751 de 2015 precisó el contenido del principio de integralidad en materia de salud. El artículo 8° establece, por una parte, que los servicios y tecnologías deberán suministrase de manera completa, para prevenir, paliar o curar la enfermedad. Ello con independencia del origen de la enfermedad o la condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación establecido por el Legislador. Asimismo, señaló que no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario del SGSSS y, en caso de duda, sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

Conforme con la Corte Constitucional, el tratamiento integral es una expresión del principio de continuidad del derecho a la salud y, a su vez, evita la interposición de acciones de tutela para la prestación de cada servicio prescrito por el médico tratante[80]. Asimismo, esta garantía se desprende del principio de integralidad del derecho a la salud. A partir de allí, la jurisprudencia constitucional ha sostenido que las instituciones encargadas de la prestación del servicio de salud deben autorizar, practicar y entregar los medicamentos, intervenciones, procedimientos, exámenes, controles y seguimientos que el médico considere indispensables para tratar las patologías del paciente[81]. Sin embargo, estas acciones están cualificadas, en ese sentido, la Corte evidenció que la prestación de los medicamentos no se debe realizar de manera separada, fraccionada "*o elegir alternativamente cuáles de ellos aprueba en razón del interés económico que representan*"[82]. Lo anterior con la finalidad de no solo restablecer las condiciones básicas de las personas o lograr su plena recuperación, sino de procurarle una existencia digna a través de la mitigación de sus dolencias[83].

La garantía del tratamiento integral no se reduce a la prestación de medicamentos o de procedimientos de manera aislada. Por el contrario, abarca todas aquellas prestaciones necesarias para conjurar las patologías que puede sufrir una persona, ya sean físicas, funcionales, psicológicas, emocionales e inclusive sociales, lo que significa 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[84].

La sentencia **T-259 de 2019** sostuvo que el tratamiento integral procede cuanto ***(i)*** la entidad encargada de la prestación del servicio ha sido negligente en el ejercicio de sus funciones y ello ponga en riesgo los derechos fundamentales del paciente[85]; de igual manera se reconoce cuando ***(ii)*** el usuario es un sujeto de especial protección constitucional[86]; o ***(iii)*** con aquellas personas que exhiben condiciones de salud extremadamente precarias o indignas. En estos casos se debe precisar el diagnóstico que el médico tratante estableció respecto al accionante y frente al cual recae la orden del tratamiento integral[87]. Ello en consideración que no resulta

[79] Corte Constitucional. Sentencias T-697 de 2007 y T-148 de 2016
[80] Corte Constitucional. Sentencia T-365 de 2009 y T-259 de 2019.
[81] Corte Constitucional. Sentencias T-445 de 2017, T-062 de 2017, T-408 de 2011, T-1059 de 2006, T-062 de 2006, T-730 de 2007, T-536 de 2007, T-421 de 2007 y T-081 de 2019.
[82] Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008 y T-081 de 2019.
[83] Corte Constitucional. Sentencia T-081 de 2019.
[84] Corte Constitucional. Sentencia T-062 de 2017.
[85] Corte Constitucional. Sentencia T-259 de 2019.
[86] Corte Constitucional. Sentencia T-259 de 2019.
[87] Corte Constitucional. Sentencia T-259 de 2019.

posible dictar órdenes ***indeterminadas ni reconocer prestaciones futuras e inciertas***[88]; lo contrario implicaría presumir la mala fe de la EPS en relación con el cumplimiento de sus deberes y las obligaciones con sus afiliados, en contradicción del artículo 83 Superior[89].

CASO CONCRETO

Teniendo en cuenta los antecedentes prenotados por el accionante, los accionados, se decanta sin lugar a controversia que el Señor **TOBIAS SILVA TORRES** identificado con C.C. 19237869, padece patología ***TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA, que requiere*** al suministro de todos los servicios, medicamentos, practica de exámenes, valoraciones, terapias, hospitalizaciones, cirugías y demás atenciones médicas que determinen como necesarias por parte del médico tratante, que le permita llevar una vida en condiciones dignas teniendo en cuenta que es un sujeto de especial protección constitucional dada su patología

El problema jurídico a resolver en esta segunda instancia, consiste en establecer si se revoca, modifica o confirma el fallo de primera instancia, porque en consideración de la **EPS FAMISANAR S.A.S**, no es viable ordenar tratamiento integral por su ambigüedad y falta de certeza a futuro de la patología de accionante, que podría incluir servicios que sin excepción no se pueden financiar con los recursos públicos asignados al Sistema de Salud, con cargo a la UPC Resolución 2292 del 2021 y mucho menos al presupuesto máximo establecido en la Resolución 586 del 2021 .

A partir del problema jurídico este operador judicial trae colación la jurisprudencia constitucional T-081 de 2019 en que ha sostenido que "las instituciones encargadas de la prestación del servicio de salud deben autorizar, practicar y entregar los medicamentos, intervenciones, procedimientos, exámenes, controles y seguimientos que el médico considere indispensables para tratar las patologías del paciente".

Igualmente, la Corte ha sostenido que el principio de continuidad en la prestación de servicios de salud responde, no solo a la necesidad de los usuarios de recibir tales servicios, sino también a los postulados del principio de buena fe y de confianza legítima contemplados en el artículo 83 de la Constitución Política de 1991. "… Esos fundamentos garantizan a los usuarios de los servicios de salud que su tratamiento no va a ser suspendido luego de haberse iniciado [T140-2011] bajo la vigencia de una afiliación que posteriormente se extingue, sin que deba importar la causa de su terminación. En ese orden, el tratamiento médico debe ser terminado hasta la recuperación o estabilización del paciente, esto es, sin interrupciones que pongan en peligro sus derechos fundamentales a la salud, a la integridad personal o a la dignidad (T-214 de 2013)…"

Adicionalmente, la prestación del servicio de salud debe darse de forma continua. La jurisprudencia constitucional ha señalado que los usuarios del sistema de seguridad social en salud deben recibir la atención de manera completa, según lo prescrito por el médico tratante, en consideración al principio de integralidad. Es decir, deben recibir "*…todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud"[T-760 de 2008]. – se destaca-(T-124 de 2016*)…"

A su vez, en **Sentencia T-081/16** *refiere "el tratamiento integral está regulado en el Artículo 8° de la Ley 1751 de 2015, implica garantizar el acceso efectivo al servicio de salud, lo que incluye suministrar "todos aquellos medicamentos, exámenes, procedimientos, intervenciones y terapias, entre otros, con miras a la recuperación e integración social del paciente, sin que medie obstáculo alguno independientemente de que se encuentren en el POS o no". Igualmente, comprende un tratamiento sin*

[88] Corte Constitucional. Sentencia T-259 de 2019 -lo resaltado no hace parte de la providencia citada-.
[89] Corte Constitucional. Sentencia T-259 de 2019.

fracciones, es decir "prestado de forma ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad". Particularmente, este tratamiento debe garantizarse siempre a quienes sean diagnosticados con cáncer, debido a que esta es una enfermedad que por su gravedad y complejidad requiere un tratamiento continuo que no puede sujetarse a dilaciones injustificadas ni prestarse de forma incompleta. Este tratamiento debe ser prestado por el personal médico y administrativo, teniendo en cuenta los riesgos latentes de que se cause un perjuicio irremediable sobre la salud y la vida del paciente"

Y por último la Ley 1751 de 2015 el artículo 8° establece, por una parte, que los servicios y tecnologías deberán suministrase de manera completa, para prevenir, paliar o curar la enfermedad. Ello con independencia del origen de la enfermedad o la condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación establecido por el Legislador. Asimismo, señaló que no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario del SGSSS y, en caso de duda, sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

De esta manera, se prevé el tratamiento integral frente al suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, que requiera de forma oportuna, efectiva, completa y continúa en cuanto **TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA,** padecido por el accionante**,** situación que no conlleva ambigüedad y falta de certeza a futuro de la patología, presumida por la Accionada, todo vez que la patología requiere un tratamiento continuo para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, y que no puede sujetarse a dilaciones injustificadas ni prestarse de forma incompleta, que el artículo 8 inciso 1 de la Ley 1751 de 2015,.

En consecuencia, este Juzgado CONFIRMA la decisión adoptada por el Juez Décimo Municipal de Pequeñas Causas Laborales de Bogotá D.C.

Por lo expuesto, el JUZGADO VEINTI NUEVE LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTA D.C., administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley

RESUELVE:

PRIMERO: CONFIRMAR el fallo de tutela proferido por el Juez Décimo Municipal de Pequeñas Causas Laborales de Bogotá D.C., el Treinta y uno (31) de marzo de dos mil veintidós (2022), de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de sentencia.

SEGUNDO: NOTIFICAR a las partes esta decisión por el medio más expedito y eficaz, envíese el expediente a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

La Juez,

NANCY MIREYA QUINTERO ENCISO

Firmado Por:

Nancy Mireya Quintero Enciso
Juez Circuito
Dirección Ejecutiva De Administración Judicial
División 029 De Sistemas De Ingenieria
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **a2f11a54df64ddefd6f7adb2bee783ba6fee55f01c7b3e871ae00f5da1f78484**
Documento generado en 09/05/2022 02:53:25 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica