

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO TERCERO MUNICIPAL DE PEQUEÑAS CAUSAS LABORALES DE
BUCARAMANGA

Bucaramanga, doce (12) de abril de dos mil veinticuatro (2024)

RAD. 680014105003-2024-00128-00

REFERENCIA: ACCION DE TUTELA promovida por **FABIAN ANDRES FLOREZ MOLINA** en nombre propio y en representación de su menor hija **V.N.F.A** contra **EPS FAMISANAR S.A.S** y la **CLINICA DE PIEDECUESTA S.A** vinculadas **SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER** y la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES**.

SENTENCIA

I. ANTECEDENTES

HECHOS Y PRETENSIONES.

FABIAN ANDRES FLOREZ MOLINA en nombre propio y en representación de su menor hija V.N.F.A contra EPS FAMISANAR S.A.S y la CLINICA DE PIEDECUESTA S.A. en procura, que se tutelen sus derechos fundamentales y los de su hija a la salud e integridad física y en consecuencia, se ordene a las accionadas a la exoneración de copagos y cuotas moderadoras a la menor V.N.F.A, así mismo se ordene atención integral para todos los servicios que sean ordenados por los médicos tratantes, en virtud de su hospitalización.

Con tal fin, relató que junto con su grupo familiar se encuentran afiliados al Sistema de Salud en el régimen subsidiado; que la menor V.N.F.A nació el 10 de noviembre de 2022; informó que desde hace varios días su hija viene presentado fiebres y malestares generales, sin que se hubiere efectuado un diagnóstico definitivo.

Por lo anterior, el 24 de marzo de 2024, el médico de urgencias de la CLINICA DE PIEDECUSTA S.A ordenó su hospitalización para realizar exámenes necesarios y establecer su patología; fecha en que fue hospitalizada.

Manifestó que en el centro asistencias le informaron que debe realizar un copago por valor de casi seiscientos mil pesos (\$600.000) y actualmente no cuenta con el dinero cobrado para la atención hospitalaria; que le informaron que debido al nivel en que se encuentra del Sisben, pertenece al régimen subsidiado II y por tanto, debía pagar el dinero o acudir al Sisben para solicitar cambio de nivel.

Por lo información suministrada acudió al Sisben para solicitar cambio, sin embargo, le manifestaron que en esa semana no trabaja la oficina; relató que su núcleo familiar está compuesto por su esposa quien no ha podido acceder al ámbito laboral, que tienen dos hijas; que los ingresos de su núcleo son de lo que puede proveer para los gastos y estos devienen de un empleo informal, sin embargo, debido a la hospitalización de la menor no ha podido trabajar, por lo que es imposible solicitar la suma de solicita la clínica accionada por concepto de pago.

2. REPLICA

2.1. EPS FAMISANAR S.A.S.

Al descorrer traslado manifestó que la menor agenciada se encuentra activa en el régimen subsidiado Sisben 2, por tanto, se encuentra recibiendo atención integral en salud; en lo

que atañe a los copagos y cuotas moderadoras, manifestó que por disposición normativa los afiliados al Régimen Subsidiado no se le generan cobros por cuotas moderadoras.

Resaltó que los copagos a que están obligados los afiliados al régimen subsidiado, son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema, de conformidad con el artículo 2º del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad social en Salud - CNSSS. Estos, según artículo 7º del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS; adujo que los copagos en el régimen subsidiado se pagarán según los niveles o categorías fijadas por el Sisbén que tenga el afiliado, teniendo en cuenta el valor de las tarifas pactadas por la EPS con los prestadores de servicios de salud; de esta manera, el valor por concepto máximo de copagos para afiliados de los niveles 2 y 3 del Sisbén es del 10% del valor de la cuenta.

En el Régimen Subsidiado no pagan copagos las personas del nivel 1 del Sisbén (grupos A y B del Sisbén metodología IV).

Indicó que las personas del nivel 2 del Sisbén (grupo C del Sisbén metodología IV) deben pagar máximo el 10% del valor del servicio, y en todo caso máximo \$530.632,42 por la atención de un mismo evento o servicio (como una cirugía o una hospitalización). Si durante el año es atendido por distintos eventos o servicios, la suma de todos los copagos que cancele debe ser máximo de \$1.061.264,84.

Aludió que en la Resolución 2481 del 2020 artículo 124 se definen los diagnósticos para los cuales establece exoneración de copagos en el Régimen Subsidiado.

Frente a la pretensión de tratamiento integral, manifestó que de su parte, se han desplegado las acciones de gestión de prestación de servicios en salud en favor de la usuaria para garantizar el acceso a cada uno de los servicios ordenados por sus galenos tratantes; aunado dijo, que no se cumplían los requisitos establecidos por la Corte Constitucional para la autorización de servicios por parte de la EPS que no estén con cargo a la UPC.

Solicitó su desvinculación, así como declarar improcedente la acción de tutela y no acceder a las pretensiones del actor.

2.2 CLINICA DE PIEDECUESTA S.A.

Guardó silencio durante el trámite tutelar.

2.3 ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES.

Debidamente notificada señaló que, conforme a la normatividad vigente, es función de la EPS y no de ADRES la prestación de los servicios de salud, y que tampoco tienen funciones de inspección, vigilancia y control para sancionar a una EPS, debido a que la vulneración a derechos fundamentales se produciría por una omisión no atribuible a la entidad.

Respecto al recobro ante la ADRES, informó que conforme al artículo 240 de la ley 1955 de 2019, reglamentado a través de la resolución 205 de 2020 proferida por el Ministerio de Salud y Protección Social, fijó los presupuestos máximos para que las EPS o las EOC garanticen la atención integral de sus afiliados, respecto de medicamentos, procedimientos y servicios no incluidos en los recursos de la UPC, por consiguiente, dichos recursos de salud se giran antes de la prestación de los servicios y de forma periódica.

En conclusión, solicitó su desvinculación por falta de legitimación por pasiva, así como negar cualquier solicitud de recobro por parte de la accionada, en tanto, ya se giraron de forma anticipada a las EPS los presupuestos máximos necesarios para que garanticen al usuario plenamente los servicios, medicamentos o insumos en salud necesarios.

2.4 SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER.

Al recorrer traslado afirmó que la menor VNFA se encuentra registrada en el Sisbén de Piedecuesta-Santander y tiene afiliación a EPS FAMISANAR S.A.S en el régimen subsidiado de la misma municipalidad.

Expuso que según la normatividad que regula el Plan de Beneficios en Salud, todos los exámenes, pruebas y estudios médicos ordenados, así como los procedimientos quirúrgicos, suministros y medicamentos que se requieran con posterioridad, deben ser cubiertos por la EPS, y todas las Entidades que participan en la logística de la atención en salud, están sujetas a las normas constitucionales que protegen los derechos fundamentales y demás garantías que de ellos se susciten.

Para el presente caso considera que la EPS accionada no puede desligarse de su obligación de proveer todo lo necesario para el cumplimiento de la Atención Integral Oportuna de la menor VNFA, pues finalmente es deber de la E.P.S eliminar todos los obstáculos que les impiden a los afiliados acceder oportuna y eficazmente a los servicios que requieren de acuerdo a su necesidad.

Citó el Decreto 780 de 2016 Artículo 2.4.20 en cuanto a las Cuotas de Recuperación.

Resaltó la Resolución 205 y 206 de 2020, relativa a los presupuestos máximos con el fin que las EPS sean las encargadas de gestionar y administrar los recursos para los servicios de medicamentos no financiados con cargo a la UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), por lo que ya no se utilizará mas la figura de recobro.

3. CONSIDERACIONES

Este Despacho es competente para conocer del presente asunto, tal como lo señala el art. 1 del Decreto 1382 de 2000 y el art. 37 del Decreto 2591 de 1991

La acción de tutela prevista en el artículo 86 de la Constitución Política y reglamentada por los Decretos 2591 de 1991 y 306 de 1992, constituye un procedimiento preferente de naturaleza residual y subsidiario cuyo objeto es la protección de los derechos fundamentales de los ciudadanos cuando se ven amenazados por las autoridades o particulares ya sea con sus actuaciones u omisiones, sin que se esté dispuesta para suplir el Ordenamiento Jurídico, puede ser invocado cuando no se cuente con otro mecanismo para el ejercicio de su defensa o cuando el medio judicial alternativo es claramente ineficaz para la defensa de los mismos, siendo en éste caso, un mecanismo transitorio con el fin de evitar un perjuicio irremediable¹.

En lo que respecta a la legitimación en la causa, debe señalarse que la acción de tutela puede ser ejercida directamente por la persona a quien se le han vulnerado sus derechos fundamentales, o de manera excepcional por otra persona que actúe en su nombre, bien sea como apoderado judicial del afectado, o de conformidad con el Artículo 10 del Decreto 2591, en ejercicio de la agencia oficiosa.

De acuerdo con la Jurisprudencia Constitucional, la formas de acreditar la legitimación en la causa por activa en los procesos de amparo, son las siguientes: (i) la del ejercicio directo de la acción, (ii) la de su ejercicio por medio de representantes legales (caso de los menores de edad, los incapaces absolutos, los interdictos y las personas jurídicas), (iii) la de su ejercicio por medio de apoderado judicial (caso en el cual el apoderado debe ostentar la condición de abogado titulado y al escrito de acción se debe anexar el poder especial para el caso o en su defecto el poder general respectivo), y (iv) la del ejercicio por medio de agente oficioso.

Sobre el principio de inmediatez, ha sido reiterada la jurisprudencia de la Corte Constitucional en el sentido de señalar que éste constituye un requisito de procedibilidad de la acción de tutela que permite cumplir con el propósito de la protección inmediata y por

¹ Sentencia T-046 de 2019

tanto efectiva de los derechos fundamentales, cuando éstos resulten afectados por la acción u omisión de autoridades públicas o de los particulares en los eventos establecidos en la Ley, precisando que no cualquier tardanza en la presentación de las acciones de tutela acarrea su improcedencia, pues solo arroja tal resultado la tardanza que pueda juzgarse como injustificada o irrazonable.

Así mismo, debe señalarse que el requisito de la inmediatez, exige que el ejercicio de la acción de tutela debe ser oportuno, es decir, dentro de un término y plazo razonable, pues la acción de tutela, por su naturaleza propia, busca la protección inmediata de los derechos constitucionales fundamentales, de lo que deviene lógico que la petición debe ser presentada dentro de un marco temporal razonable respecto de la ocurrencia de la amenaza o violación de los derechos fundamentales. (Sentencia T-327 de 2015).

Sentado lo anterior, previo a iniciar el estudio que corresponde, señala el Despacho que en el sub-lite se encuentran satisfechos los requisitos de legitimación en la causa, tanto por pasiva como por activa, el de inmediatez y el de subsidiaridad, tal y como pasa a verse.

En lo que a la legitimación en la causa por activa se refiere, debe indicarse que el señor FABIAN ANDRES FLOREZ MOLINA en nombre propio y en representación de su menor hija V.N.F.A, está legitimado para promover la presente acción, dado que, bajo juramento que se entiende prestado con la presentación de la acción constitucional, indicó que las accionadas se encuentran vulnerando sus derechos fundamentales y los de su menor hija a la a la salud e integridad física; en cuanto a la legitimación en la causa por pasiva se refiere, claro es que EPS FAMISANAR S.A.S está legitimada para actuar en tal calidad, dado que es a quien le imputa la vulneración antes anotada, abonado a que como se extrae de la consulta realizada en la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-Adres, el señor FLOREZ MOLINA y la menor V.N.F.A se encuentra afiliados en el régimen subsidiado de salud a través de esta entidad; así mismo, se tiene acreditada la legitimación en la causa por pasiva de la CLINICA DE PIEDECUESTA S.A, pues, también se le imputa la vulneración antes anotada.

En lo relacionado al requisito de la inmediatez, el Despacho estima que también se encuentra acreditado, habida consideración que se relata en los fundamentos fácticos de la acción que el 24 de marzo de 2024 en la CLINICA DE PIEDECUESTA fue hospitalizada la menor agenciada; así mismo, obra historia clínica de fecha 22 de marzo de 2024 de la menor VNFA en la que se registró *"PACIENTE FEMENINA DE 1 AÑO DE EDAD TRAIDA POR MADRE POR 1 DIA DE FIEBRE CUANTIFICADA EN 39 CONTINUA DE DIFICIL CONTROL CON 2 EPISODIOS PREVIOS DE INFECCION DE VIAS URINARIAS HACE 15 DIAS CON CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO"* y, al descorrer traslado EPS FAMISANAR S.A.S aportó documental de la que se extrae tipo de atención *"hospitalización"* de fecha 31 de marzo de 2024 relativa a la menor agenciada y teniendo en cuenta que la solicitud de amparo constitucional, fue radicada el primero (01) de abril de dos mil veinticuatro (2.024), entre una fecha y la otra, no transcurrió un lapso que se pueda estimarse como irrazonable.

Ahora, en lo que respecta a la subsidiaridad, si bien el Despacho reconoce que el conocimiento de conflictos como este, le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud de conformidad a lo establecido en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, lo cierto es que, tal y como está planteado el conflicto, se estima que la presente se torna como el mecanismo de defensa judicial idóneo y eficaz para la protección de los derechos fundamentales que aquí se invocan.

En el presente asunto, lo prendido es que se tutelen los derechos fundamentales a la salud e integridad física y en consecuencia, se ordene a las accionadas a la exoneración de copagos y cuotas moderadoras a la menor V.N.F.A, así mismo se ordene atención integral para todos los servicios que sean ordenados por los médicos tratantes, en virtud de su hospitalización.

Así las cosas, vale la pena indicar que, tanto la Constitución Política como el artículo 5 del Decreto 2591 de 1991 permiten la posibilidad de instaurar la acción de tutela para la

protección de derechos fundamentales en desarrollo de las relaciones privadas, cuando se trate de la prestación de un servicio público, como aquí ocurre, la afectación grave y directa del interés colectivo, en relaciones que ubiquen a las partes en condición de subordinación o de indefensión, o que el particular actúe o haya actuado en el ejercicio de funciones públicas o que se trate de una temática atinente al derecho de habeas data.

Por su parte, la Constitución Política de Colombia, en el artículo 48 al referirse a la seguridad social, la describe como *“Un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley. // Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social”*. Con posterioridad, al pronunciarse sobre el derecho a la salud, el Artículo 49 dispone que: *“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”*.

Es de resaltar la doble connotación del derecho a la salud, al ser un derecho fundamental y al mismo tiempo un servicio público, según la T-121-15 *“La salud tiene dos facetas distintas, que se encuentran estrechamente ligadas: por una parte, se trata de un servicio público vigilado por el Estado; mientras que, por la otra, se configura en un derecho que ha sido reconocido por el legislador estatutario como fundamental, de lo que se predica, entre otras, su carácter de irrenunciable. Además de dicha condición, se desprende el acceso oportuno y de calidad a los servicios que se requieran para alcanzar el mejor nivel de salud posible”*.

El derecho fundamental a la salud ha sido definido como *“la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser.”*

Actualmente, no existe duda de que el derecho a la salud es un derecho fundamental, tal y como lo establece, tanto la jurisprudencia a partir de la Sentencia T-760 de 2008, entre otras, y la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en su Artículo 2º, así las cosas, tanto el Artículo 1 como el 2 dispone que la salud es un derecho autónomo e irrenunciable y que comprende otros elementos como lo son el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad.

De igual manera, la salud como derecho fundamental es objeto de protección y debe ser garantizado, sujetándose al criterio del médico tratante, pues es éste quien, con base en el conocimiento científico, la historia clínica del paciente y el criterio de necesidad del servicio quien se califica como idóneo para determinar si se requiere o no de determinada tecnología o insumo, así ha sido determinado por la Jurisprudencia Constitucional, verbigracia Sentencia T- 260/2020 en la que se señaló:

“(…) 50. Así las cosas, la salud es un derecho fundamental que debe protegerse y ser garantizado a todos los usuarios del Sistema de Seguridad Social, quienes al necesitar del suministro de un servicio están sujetos al criterio del médico tratante mediante orden médica que autorice el mencionado servicio. Tal criterio debe estar basado en información científica, el conocimiento certero de la historia clínica del paciente y en la mejor evidencia con que se cuente en ese momento. En efecto, cuando una persona acude a su EPS para que esta le suministre un servicio que requiere, o requiere con necesidad, el fundamento sobre el cual descansa el criterio de necesidad, es que exista orden médica autorizando el servicio.

51. Así, la Corporación ha señalado que el profesional idóneo para determinar las condiciones de salud de una persona, y el tratamiento que se debe seguir, es el médico tratante. Es su decisión el criterio esencial para establecer cuáles son los servicios de salud a que tienen derecho los usuarios del Sistema General de Seguridad Social. Por lo tanto, la remisión del médico tratante es la forma instituida en nuestro Sistema de Salud para garantizar que los usuarios reciban atención profesional especializada, y que los servicios de salud que solicitan, sean adecuados, y no exista riesgo para la salud, integridad o vida de los usuarios. Es deber de la entidad contar con todos los elementos de pertinencia médica necesarios para fundamentar adecuadamente la decisión de autorizar o no el servicio. Decisión que debe ser, además, comunicada al usuario.2 (…)”.

Así mismo, y en lo que se refiere al derecho a la vida, debe recordarse que éste constituye el sustento y razón de ser para el ejercicio y goce de los restantes derechos, establecidos tanto en la Constitución como en la Ley; con lo cual se convierte en la premisa mayor e

indispensable para que cualquier persona natural se pueda convertir en titular de derechos u obligaciones. (*Sentencia T-534 de 1992*).

Paralelamente ha sostenido la Corte Constitucional que el derecho a la vida reconocido por el Constituyente, no abarca únicamente la posibilidad de que el ser humano exista, es decir, de que se mantenga vivo de cualquier manera, sino que conlleva a que esa existencia deba entenderse a la luz del principio de la dignidad humana. (*Sentencia T-860 de 1999*).

De lo anterior se extrae que el derecho a la vida no hace énfasis únicamente a la relación a la vida biológica, sino que abarca también las condiciones mínimas de una vida en dignidad.

Así las cosas, la efectividad del derecho fundamental a la vida, sólo se entiende bajo condiciones de dignidad, lo que comporta algo más que el simple hecho de existir, porque implica unos mínimos vitales, inherentes a la condición del ser humano.

Ahora, teniendo en cuenta que dentro del presente trámite se estudia una posible vulneración a los derechos fundamentales de un niño, es pertinente traer a colación el contenido del artículo 44 de la Constitución Nacional que dispone:

“Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás”.

Respecto del suministro de servicios y tecnologías en salud, debe advertirse que la Ley Estatutaria de Salud modificó el POS denominándolo Plan de Beneficios en Salud. A través de este se garantiza mediante la prestación de servicios y tecnologías en salud la promoción, prevención, paliación y atención de la enfermedad, incluyendo la rehabilitación de sus secuelas.

Siguiendo el contenido del artículo 15 de la mencionada normativa, el legislador propuso un sistema de exclusiones explícitas, donde todo aquel servicio o tecnología en salud que no se encuentre expresamente excluido, se encuentra incluido.

Actualmente, los servicios y tecnologías en salud excluidos de financiación con recursos públicos de la salud se encuentran contenidos en la Resolución 2366 de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social. Por consiguiente, todo aquel servicio que no esté expresamente excluido en dicha resolución se entenderá incluido y deberá ser financiado.

Entonces, para acceder a los servicios y tecnologías en salud, el usuario deberá acudir al profesional de la salud tratante, quien otorgará una prescripción médica. La prescripción es el acto del médico tratante mediante el cual se ordena un servicio o tecnología, o se remite al paciente a alguna especialidad médica.

Dicho lo anterior, descendiendo al caso que ocupa la atención de este Despacho, debe indicarse que, no es objeto de discusión que el accionante FLOREZ MOLINA y su menor hija V.N.F.A se encuentran afiliados en el régimen subsidiado de salud a través de EPS FAMISANAR S.A.S según consulta que realizare el Despacho ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-Adres; así mismo, como obra al expediente, por secretaria se consultó la base de datos del Sisben, evidenciándose que el promotor de la acción y su menor hija, se encuentran afiliados en el GRUPO “C2”.

De igual forma, no se encuentra en tela de juicio que la menor VNFA fue hospitalizada en el mes de marzo de 2024 en la CLINICA DE PIEDECUESTA S.A, pues de esto da cuenta la documental aportada por la pasiva al descorrer traslado de la acción bajo examen.

Afiliado																	
Identificación		RC		1125089878		Nombres		FLOREZ AREVALO VALERY NATANYA		Tipo de Afiliado		BENEFICIARIO					
Autorización																	
No. Radicación		259		107885156		F.Registro		31/03/2024 02:31:		F.Autorización		31/03/2024 02:33:10		AUTORIZACION ACTIVA			
No. Autorización		80962131				No. Negación				Autorizado por		KELLY JOHANA MARIN MARIN					
Tipo Aut		AUTORIZACION				Clase Aut		7		Tipo Atención		HOSPITALIZACION NO QUIRUF		R. Nacido			
Estado POS		ACTIVO				Carencia		8		Estado PAC		0		Carencia			
Primaria		CLINICA PIEDECUESTA S.A - PIEDECUESTA SEDE CENTRO C												Complementaria			
Remitente		CLINICA PIEDECUESTA S.A - PIEDECUESTA SEDE SAN RAFAEL												Contingencia			
Remitida		CLINICA PIEDECUESTA S.A - PIEDECUESTA SEDE SAN RAFAEL												Radica cta.m			
Observaciones Remitido														No. provisión			
EVENTO DEL 25/03/2024										EVENTO DEL 25/03/2024 INICIAL							
Diagnósticos																	
1 J00X RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]																	
Internación																	
Tipo Estancia Aprobada										Estancia Aprobada		Fecha Hospitalización		Fecha Grabación			
INTERNACION COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION BIPERSONAL										1		25/03/2024		31/03/2024			
		I.S.S.				Mapiiss				Q		Cubrimiento		Pxa Valor Tarifa			
Aprobado?		10M002		INTERNACION COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION BIPERSONAL				1		100		67,245					

EN CUANTO A LA SOLICITUD DE EXONERACIÓN DE COPAGOS y CUOTAS MODERADORAS

Pretende el accionante se le exonere a su menor hija del pago de copagos causados por los servicios médicos que requiera para el manejo de su patología, pues argumenta que se encuentra afiliado al régimen subsidiado en salud y Sisben junto con su grupo familiar y que, por síntomas de fiebre y malestares presentadas por la menor V.N.F.A. debió llevarla a que recibiera atención médica, siendo hospitalizada por orden del galeno tratante el 24 de marzo de 2024 con el fin de que realizaran exámenes y estudios médicos necesarios para determinar su patología, sin embargo, en el centro de asistencia médica le informaron que debía realizar un copago por valor de “casi seiscientos mil pesos (\$600.000)” el cual no puede asumir, pues actualmente no cuenta con dinero habida cuenta que labora en un empleo “informal”, aunado a que su núcleo familiar está compuesto por su esposa quien no ha podido acceder al ámbito laboral y tiene dos hijas; resaltó además que es quien suministra los recursos al núcleo familiar, empero, por razón de la salud de la menor y su hospitalización no ha podido trabajar.

En primer lugar, ha de precisarse lo que se entiende por cada uno de estos conceptos en los términos del Acuerdo 260 de 2004 del Concejo Nacional de Seguridad en Salud, que define el régimen de copagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema de Seguridad Social en materia de Salud, estableciendo las diferencias entre estas, es así:

“Artículo 1º. Cuotas moderadoras. Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS.

Artículo 2º. Copagos. Los copagos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.

Artículo 3º. Aplicación de las cuotas moderadoras y copagos. Las cuotas moderadoras serán aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los copagos se aplicarán única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios”.

Entiéndase que las cuotas moderadoras son aplicables a los cotizantes y a sus beneficiarios; los copagos consisten en los aportes dinerarios correspondientes a una parte del valor del servicio demandado cuya finalidad es ayudar al financiamiento del sistema; estableciendo la norma que las primeras aplicaran tanto al cotizante como a su beneficiario, mientras que los copagos aplican única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios del régimen contributivo².

² Ver Sentencia T-584 de 31 de julio de 2007 3 Sentencia T-266 de 2022 M.P. ALBERTO ROJAS RIOS // 4 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. //

Véase que, el Art. 43 del Acuerdo referido explica que los copagos se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado, además encontramos que el Art. 94 define el valor por año permitido, y que se determinará con base en el ingreso del afiliado cotizante basado para cada evento.

En el caso específico de los copagos, encontramos en el Art.7 de la misma regla, que estos copagos tienen su excepción de aplicación para las siguientes prestaciones:

1. Servicios de promoción y prevención
2. Programas de control en atención materno infantil
3. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles
4. Enfermedades catastróficas o de alto costo
5. **La atención inicial en urgencias**
6. Los servicios enunciados en el artículo precedente

Ahora, el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución 3974 de 2009, en su Artículo 1, definió las enfermedades de alto costo:

“ARTÍCULO 1o. ENFERMEDADES DE ALTO COSTO. Para los efectos del artículo 1o del Decreto 2699 de 2007, sin perjuicio de lo establecido en la Resolución 2565 de 2007, téngase como enfermedades de alto costo, las siguientes:

- a) Cáncer de cérvix
- b) Cáncer de mama
- c) Cáncer de estómago
- d) Cáncer de colon y recto
- e) Cáncer de próstata
- f) Leucemia linfóide aguda
- g) Leucemia mieloide aguda
- h) Linfoma hodgkin
- i) Linfoma no hodgkin
- j) Epilepsia
- k) Artritis reumatoidea
- l) Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)”.

Es así que en aras de evitar que el cobro del copago se convierta en barrera para que los usuarios del sistema puedan acceder al derecho a la salud la Corte Constitucional en sentencia T-236 A de 2013 decantó el alcance del derecho a la salud versus el derecho que tienen las EPS de cobrar copagos, cuotas moderadoras y cuotas de recuperación, indicando:

“En suma, toda persona tiene derecho a que se le garantice el acceso a los servicios que requiera, así no los pueda costear. La entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios de salud quebranta el derecho de acceder a ellos, si exige como condición previa, la cancelación del pago moderador a que haya lugar en virtud de la reglamentación; en otras palabras, la empresa tendrá derecho a que le sean pagadas las sumas respectivas, pero no en desmedro del goce efectivo del derecho a la salud de una persona.

Así, las cuotas moderadoras, de recuperación o copagos, como instrumentos del SGSSS para garantizar su equilibrio financiero, son legítimas en la medida en que no obstruyan o limiten el acceso a los servicios de salud de la población más pobre y vulnerable.”

Así mismo, en cuanto a los **copagos**, el Decreto **1652 DE 2022**

“Por el cual se adiciona el Título 4 a la parte 10 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la determinación del régimen aplicable para el cobro de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud” Dispuso: *“Que el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 1870 de 2021, estableció los grupos de corte del Sisbén Metodología IV, señalando*

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.

que el nivel 1 corresponde a los grupos A1 a B7 y el nivel 2 al grupo C1 a C18, de manera que los beneficiarios del Régimen Subsidiado clasificados en el **nivel 2 del Sisbén, conforme la metodología IV, están obligados a pagar los copagos; sin embargo, los afiliados bajo la clasificación del Sisbén, metodología III, nivel I, estarán exentos de copagos hasta tanto se actualice la clasificación en los términos dispuestos en dicho acto administrativo**".

Artículo 2.10.4.1 Pagos compartidos o copagos. "Los pagos compartidos o copagos son un aporte en dinero que corresponde a una parte del valor del servicio demandado con la finalidad de contribuir a financiar el Sistema y **están a cargo de los afiliados beneficiarios en el Régimen Contributivo y de los afiliados del Régimen Subsidiado**". (Negrilla Resalta el Despacho)

"(Artículo 2.10.4.3 Principios para la aplicación de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras. Para la aplicación de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras, deberán observarse los siguientes principios básicos:

1. Accesibilidad. 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 debido a su riesgo de enfermar y morir, derivado de sus condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales. (Negrilla del Despacho)

2. Aplicación general. Las entidades promotoras de salud y las entidades adaptadas, aplicarán, según corresponda, a los usuarios tanto las cuotas moderadoras como los copagos de conformidad con lo dispuesto en el presente acto administrativo.

(...) **"Artículo 2.10.4.8. Excepciones del cobro de copagos.** Los afiliados están exentos de copago, por las atenciones en salud originadas en:

1. Eventos y servicios de alto costo en el régimen Contributivo y Subsidiado:

Artículo 2.10.4.9. Excepción del cobro de cuotas moderadoras y copagos para grupos o poblaciones especiales. Además de las excepciones señaladas en los artículos 2. 10.4.6 y 2. 10.4.8 del presente decreto, se exceptúa del cobro de cuotas moderadoras y copagos, según corresponda, a los siguientes grupos poblacionales especiales:

1. En el Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado, se exceptúa:

(...)

2. En el Régimen Subsidiado, se exceptúan del cobro de copago, los siguientes:

2.1. Niños durante el primer año de vida.

2.2. Complicaciones derivadas del parto.

2.3. Población nivel 1 del S/SBÉN

2.4. Las siguientes poblaciones especiales establecidas en el artículo 2.1.5.1 del presente Decreto, que se identifican mediante listado censal:

2.4.1. Niños, niñas, adolescentes y jóvenes en Proceso Administrativo para el restablecimiento de sus derechos, y población perteneciente al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF.

2.4.2. Menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF.

2.4.3. Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.

2.4.4. Adultos mayores de escasos recursos y en condición de abandono que se encuentren en centros de protección.

2.4.5. Comunidades Indígenas.

2.4.6. Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal que no cumpla las condiciones para cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud e inimputables por trastorno mental en cumplimiento de medida de seguridad.

2.4.7. Población habitante de calle.

2.4.8. Adultos entre 18 y 60 años, en condición de discapacidad, de escasos recursos y en condición de abandono que se encuentren en centros de protección.

Para las demás poblaciones especiales de que trata el artículo 2. 1.5. 1 del presente Decreto y los afiliados de oficio al Régimen Subsidiado sin encuesta del SISBÉN, podrán ser exceptuados del cobro de copagos solo si la realizan quedando clasificados como población nivel I".

Conforme a la norma y jurisprudencia en cita, se hace necesario resaltar que tal y como fue consultado por el Despacho al inicio de la acción constitucional, se evidencia en la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-Adres que el accionante se encuentra activo en el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, igual que su menor hija VNFA en calidad de beneficiaria:

Rad. 680014105003-2024-00128-00

Accionante: FABIAN ANDRES FLOREZ MOLINA en nombre propio y representación de su menor hija VNFA

Accionada: EPS FAMISANAR S.A.S y la CLINICA DE PIEDECUESTA S.A

Vinculados: SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SANTANDER Y ADRES

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1102368573
NOMBRES	FABIAN ANDRES
APELLIDOS	FLOREZ MOLINA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	SANTANDER
MUNICIPIO	PIEDRECUESTA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	01/02/2019	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados –BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1125089878
NOMBRES	VALERY NATANYA
APELLIDOS	FLOREZ AREVALO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	SANTANDER
MUNICIPIO	PIEDRECUESTA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	09/03/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: | 04/12/2024 10:22:27 | Estación de origen: | 192.168.70.220

Al respecto, debe resaltarse en primer lugar, que según lo prevén las normas en cita, el hecho de pertenecer al Régimen Subsidiado en Salud no quiere decir, que el afiliado se encuentre exonerado de copagos, pues, también los afiliados beneficiarios del régimen subsidiado deben asumir por determinados servicios en salud copagos dependiendo del porcentaje establecido por el legislador³.

Así mismo, según las normas y jurisprudencias en cita, en principio, los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud del régimen subsidiado clasificados en el nivel 2 grupo C1 a C18, están obligados a pagar los copagos, respecto de este punto, el Despacho procedió a buscar el grupo del Sisbén del tutelante y de la menor agenciada, evidenciándose que se encuentran en el grupo C2:

Registro válido

Fecha de consulta: 12/04/2024

Ficha: 68547553565200009650

C2

GRUPO SISBÉN IV Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: VALERY NATANYA

Apellidos: FLOREZ AREVALO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1125089878

Municipio: Piedecuesta

Departamento: Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 20/06/2023

Última actualización ciudadano: 20/06/2023

Última actualización vía registros administrativos: 25/11/2023

Registro válido

Fecha de consulta: 12/04/2024

Ficha: 68547553565200009650

C2

GRUPO SISBÉN IV Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: FABIAN ANDRES

Apellidos: FLOREZ MOLINA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1102368573

Municipio: Piedecuesta

Departamento: Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 20/06/2023

Última actualización ciudadano: 20/06/2023

Última actualización vía registros administrativos: 25/11/2023

³ Artículo 2.10.4.1 Pagos compartidos o copagos.

Así entonces, al pertenecer la agenciada al grupo C2 del Sisbén se encuentra clasificada en el nivel **2 del Sisbén** (Ley Decreto 1652 DE 2022), por lo que, no está excluida de pagar copagos, de acuerdo a su condición socioeconómica y afiliación al régimen subsidiado en seguridad social, como lo ha señalado la jurisprudencia de la Alta Corporación Constitucional.

También, es menester resaltar que la menor agenciada no tiene un diagnóstico que coincida con las enfermedades específicas establecidas por la norma antes referida, puesto que lo que se soporta en historia clínica es que en el mes de marzo, fue hospitalizada en la CLINICA DE PIEDECUESTA S.A por “*PACIENTE FEMENINA DE 1 AÑO DE EDAD TRAIDA POR MADRE POR 1 DIA DE FIEBRE CUANTIFICADA EN 39 CONTINUA DE DIFICIL CONTROL CON 2 EPISODIOS PREVIOS DE INFECCION DE VIAS URINARIAS HACE 15 DIAS CON CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO*” y según información del agente oficioso, precisamente fue hospitalizada para determinar la patología de los síntomas que la aquejaban, por lo que, de las documentales obrantes, no se avizora una enfermedad de alto costo que permita acceder a tal exoneración; así mismo, debe resaltarse que en la documental aportada por la EPS enjuiciada se evidencia que en la referida hospitalización de la menor se consignó como diagnóstico “*RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]*”.

En cuanto a los sujetos de especial protección se pronunció la Corporación Constitucional en sentencia T-017 de 2023 MP: Juan Carlos Cortés González:

“(…)

66. *Este Tribunal ha reconocido que hay grupos que gozan de una protección reforzada de su derecho a la salud⁴. Uno de ellos, es el constituido por los niños, niñas y adolescentes, debido a que se encuentran en condición de vulnerabilidad, susceptibilidad e indefensión⁵.*

67. *Asimismo, en virtud del artículo 11 de la Ley 1755 de 2015, la Corte ha sostenido que las personas diagnosticadas con enfermedades huérfanas son sujetos de especial protección constitucional⁶, al encontrarse en una situación de debilidad manifiesta⁷. Las dificultades especiales que enfrentan estas personas⁸ las exponen permanentemente a la vulneración de su dignidad. Por esta razón, la norma precitada establece que su “atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica” y debe ser intersectorial e interdisciplinaria. La especial protección de las personas con enfermedades huérfanas, impone al juez de tutela el deber de estar particularmente atento a advertir las causas de la vulneración de los derechos fundamentales, con el fin de detenerlas⁹.*

(…)”

Colofón de lo expuesto, debe resaltarse que la menor V.N.F.A. sujeto de especial protección constitucional, pues se evidencia en historia clínica arrimada al plenario que nació el **10 de noviembre de 2022** por lo que cuenta con un año (1) y cinco (5) meses de edad, así mismo, que se encuentra afiliada al régimen subsidiado en salud y su agente oficioso, manifestó expresamente contar con los recursos necesarios para el pago de cuotas moderadoras ni copagos que se establezcan por las patologías de la menor que ordenen sus médicos tratantes, por lo que, advierte este Estrado Judicial que el no contar con capacidad de pago de estas, podría conllevar a la no prestación de servicios en salud que requiera la menor.

Así las cosas, es claro que la EPS tiene derecho a la cancelación del pago moderador; empero, también lo es que, no se puede exigir el mismo, en desmedro del goce efectivo del derecho a la salud¹⁰, más aún tratándose de una menor de edad.

⁴ Así se desprende de la aplicación del inciso 1º del artículo 49 en concordancia con el inciso 3º del artículo 13 de la Constitución, así como del artículo 6º de la Ley 1751 de 2015.

⁵ Sentencia SU-508 de 2020, MM.PP. Alberto Rojas Ríos y José Fernando Reyes Cuartas.

⁶ Sentencias T-402 de 2018, M.P. Diana Fajardo Rivera, T-413 de 2020 y T-448 de 2021, M.P. José Fernando Reyes Cuartas.

⁷ Sentencias T-413 de 2020 y T-448 de 2021, M.P. José Fernando Reyes Cuartas.

⁸ Entre ellas “la dificultad de obtener un diagnóstico exacto, opciones de tratamiento limitadas, poca investigación sobre su enfermedad, tratamientos de alto costo, y en general, falta de información e incertidumbre asociada a su estado de salud y tratamiento médico”. Sentencia T-448 de 2021, M.P. José Fernando Reyes Cuartas.

⁹ Sentencia T-448 de 2021, M.P. José Fernando Reyes Cuartas.

¹⁰ sentencia T-236 A de 2013

No obstante, al analizar el caso en concreto, se evidencia que según los fundamentos fácticos en que se apoya la acción de amparo, el accionante manifestó que el centro hospitalario donde estaba hospitalizada la menor le informó que debía realizar un copago por valor de “\$600.000”, afirmación no soportada documentalmente; aunado a ello, este Despacho a través de la secretaría entabló comunicación con el promotor de la acción (archivo 005) quien informó que no realizó el pago por concepto de copago que aseveró estaba realizando la entidad, resaltando también que la menor V.N.F.A mientras estuvo hospitalizada en el mes de marzo (hecho que dio lugar a la interposición de la tutela) fue atendida según los servicios ordenados por su médico tratante, realizándosele todos los exámenes y procedimientos médicos ordenados por los galenos tratantes.

Infiriéndose entonces, que aun sin haber pagado el valor por concepto de copago que aseveró el tutelante se le cobraba para la atención de la menor, la entidad de salud prestó y atendió según los requerimientos de los profesionales en salud a la menor durante su hospitalización, por lo que se garantizó el goce efectivo de su derecho fundamental a la salud.

A más de lo anterior, es necesario resaltar que a la menor agenciada no le ha sido diagnosticada patología alguna, ni se ha emitido concepto del médico tratante, del cual pueda inferir el Despacho que se encuentra en un tratamiento o que requiere la prestación del servicio médico por un hecho específico que traduzca en la cancelación continúa de copagos o cuotas moderadoras, pues lo único que se observa de la historia clínica aportada es que con ocasión de un “RESFRIADO COMÚN) debió ser atendida en el mes de marzo del año en curso, pero no existe siquiera estudio que demuestre que se encuentra por lo menos en etapa de diagnóstico.

Por lo anterior, se declarará la improcedencia de la acción constitucional bajo estudio, por no evidenciarse la conculcación de los derechos de la menor ni su progenitor, alegada en la acción de amparo.

EN CUANTO A LA SOLICITUD DE TRATAMIENTO INTEGRAL

Ahora bien, respecto a la atención integral incoada por el accionante, en Sentencia T092/18, Magistrado Ponente; LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ, la Corporación Constitucional señaló:

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

“[Se] distinguen dos perspectivas desde las cuales la Corte (...) ha desarrollado (...) la garantía del derecho a la salud. Una, relativa a la integralidad del concepto mismo de salud, que llama la atención sobre las distintas dimensiones que proyectan las necesidades de las personas en [dicha] materia (...), valga decir, requerimientos de orden preventivo, educativo, informativo, fisiológico, psicológico, emocional [y] social, para nombrar sólo algunos aspectos. La otra perspectiva, se encamina a destacar la necesidad de proteger el derecho constitucional a la salud de manera tal que todas las prestaciones requeridas por una persona en determinada condición de salud, sean garantizadas de modo efectivo. Esto es, el compendio de prestaciones orientadas a asegurar que la protección sea integral en relación con todo aquello que sea necesario para conjurar la situación de enfermedad particular de un(a) paciente”, (Énfasis por fuera del texto original).

Así también la Alta Corporación en la ya citada sentencia T-017 de 2023 MP: Juan Carlos Cortés González, recordó:

“Este Tribunal ha definido que se deben cumplir dos condiciones para ordenar el tratamiento integral: (i) que la EPS haya actuado con negligencia en la prestación del servicio y (ii) que existan las órdenes médicas respectivas que especifiquen los servicios requeridos por el paciente”.

Colofón de lo dicho, a juicio de esta Célula Judicial, resulta improcedente la solicitud de atención integral en favor de la menor VNFA, pues no solo como quedó visto, no se acreditó conculcación alguna de los derechos de la menor; sumado a que no se evidencia que actualmente que se encuentre algún servicio médico pendiente por prestar; abonado a que según se evidencia en constancia secretarial que obra en archivo PDF 005 del expediente digital, el tutelante informó que el galeno tratante dio orden de salida de hospitalización desde el 29 de marzo de 2024; indicando que durante la hospitalización le realizaron a la menor los exámenes y procedimientos ordenados por los médicos tratantes; por lo que impartir una orden en los términos en que se pretende, correspondería a un mandato futuro e incierto.

En mérito de lo expuesto, el **Juzgado Tercero Municipal de Pequeñas Causas Laborales de Bucaramanga**, administrando justicia en nombre del Pueblo y por mandato de la Constitución Política,

RESUELVE:

PRIMERO: NEGAR POR IMPROCEDENTE, la acción de tutela instaurada por **FABIAN ANDRES FLOREZ MOLINA** en nombre propio y en representación de su menor hija **V.N.F.A** contra **EPS FAMISANAR S.A.S** y la **CLINICA DE PIEDECUESTA S.A.**, por las razones expuestas.

SEGUNDO: NOTIFICAR esta providencia a las partes, de conformidad con lo normado en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991.

TERCERO: Si no fuere impugnada esta providencia dentro de los tres (3) días siguientes a su notificación, **ENVÍESE** a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión y en caso de no ser seleccionada, **ARCHÍVESE** previa las anotaciones secretariales del caso.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



LENIX YADIRA PLATA LIEVANO
JUEZ