

Sentencia T-501/02

ENFERMEDADES DE ALTO COSTO-Alternativas para que los pacientes puedan acceder al tratamiento

La Corte constató que la regulación había diseñado varias salidas para que los pacientes aquejados por una enfermedad de este tipo puedan acceder al tratamiento. Por ejemplo, los usuarios pueden esperar hasta el momento en el que cumplan el número de semanas fijadas por la reglamentación pertinente. Y si desean que su enfermedad sea atendida antes de cumplir ese requisito, tienen la posibilidad de realizar un pago compartido con la EPS, correspondiente al número de semanas que aún faltan por cotizar. De igual forma, en esa sentencia también precisó la Corte que si el tratamiento tiene un carácter urgente, pueden pedir su atención directamente al Estado o a la EPS, quienes no pueden negarse a la prestación del servicio en estos especiales casos.

PRINCIPIO DE SOLIDARIDAD-Pago moderador, copago y pago compartido

La existencia de los pagos moderadores, copagos y pagos compartidos, tiene como justificación el principio de solidaridad sobre el que está fundado el sistema de seguridad social. El pago compartido busca asegurar el equilibrio financiero sobre el conjunto del sistema de seguridad social, de forma tal que esos aportes contribuyan a lograr el cubrimiento universal en salud. Por tal razón, en principio no puede aceptarse que una persona sea eximida del cobro de un pago compartido sin razones suficientes.

ENFERMEDADES CATASTROFICAS O RUINOSAS-Periodos mínimos de cotización

DERECHOS FUNDAMENTALES-No se pueden vulnerar por la exigencia del pago compartido/ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD-Estudio sobre la capacidad socioeconómica del paciente/ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD-Repeticón contra el Fosyga

La exigencia de un pago compartido está ajustado a la Constitución, tal y como ha sido precisado arriba. Pero también es evidente, como lo ha manifestado esta Corporación de forma reiterada, que dicha exigencia depende también de la situación concreta en la cual se encuentra el afiliado, pues la exigencia del pago compartido no puede convertirse en una causa para la vulneración de sus derechos fundamentales. Por tal razón, cuando se evidencia

que un paciente no tiene capacidad de pago, la EPS no puede utilizar únicamente el criterio de semanas cotizadas para establecer el monto del pago compartido, sino que debe realizar un estudio sobre su capacidad socioeconómica, para proceder a fijar de esta forma el monto del pago compartido. Lo anterior sin perjuicio de que la E.P.S. pueda repetir contra el Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ENFERMEDADES CATASTROFICAS O RUINOSAS-Casos de urgencia/ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD-No puede condicionar el servicio a la asunción de costos del pago compartido

En el análisis concreto de las enfermedades calificadas como catastróficas, se ha precisado que cuando un paciente requiere de esos tratamientos en caso de urgencia, la entidad prestadora de salud no puede condicionar ese servicio a la asunción de los costos del pago compartido. Si bien en principio la atención de las enfermedades de alto costo tiene ciertas condiciones para su prestación como fue elucidado arriba, esas exigencias no pueden constituirse en barreras infranqueables para los usuarios, de forma tal que con ellas se impida completamente lograr su restablecimiento.

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD-Casos en que puede ordenarse atención inmediata de paciente que requiera tratamiento de alto costo

Es posible entonces entrar a determinar en qué casos puede ordenarse directamente a la entidad prestadora de servicios de salud, la atención inmediata de un paciente que necesita con carácter urgente un tratamiento calificado de alto costo: (i) Cuando la falta del tratamiento sometido a un mínimo de semanas cotizadas al sistema, vulnera o amenaza los derechos constitucionales fundamentales a la vida o a la integridad personal del afectado. (ii) Cuando se trata de un tratamiento que no puede ser sustituido por otro de los contemplados en el POS, o que pudiendo sustituirse, el sustituto no obtenga el mismo nivel de efectividad del excluido del plan. (iii) Cuando el interesado no puede cubrir el porcentaje que la E.P.S. se encuentra autorizada legalmente a cobrar y no pueda acceder al tratamiento por otro plan distinto que lo beneficie. (iv) Y cuando el medicamento o tratamiento ha sido prescrito por un médico adscrito a la Empresa Promotora de Salud a la cual está afiliado el demandante.

DERECHO A LA SALUD-Suministro de tratamiento sin condicionarlo al pago compartido/DERECHO A LA VIDA-Suministro de tratamiento sin condicionarlo al pago compartido

Referencia: expediente T-541041

Actor: Rosemberg Jiménez Contreras

Procedencia: Juzgado Segundo Penal Municipal

Magistrado Ponente:

Dr. EDUARDO MONTEALEGRE LYNETT

Bogotá, D.C., veintisiete (27) de junio de dos mil dos (2002).

La Sala séptima de Revisión de la Corte Constitucional, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

Dentro de la acción de tutela N° T-541041 promovida por el Señor Rosemberg Jiménez Contreras contra Saludcoop seccional Córdoba - Sucre.

I- ANTECEDENTES

1- El demandante interpuso acción de tutela el día 26 de octubre de 2000 contra Saludcoop EPS OC, porque considera que le ha vulnerado sus derechos a la salud y a la vida. Aduce que ha estado afiliado a la entidad desde el 18 de octubre de 2001, en calidad de beneficiario de su hija. A pesar de ello, sostiene que la empresa accionada no le ha querido practicar el tratamiento de "Construcción de fístula Arteriovenosa con diálisis", hasta tanto no cancele el 10% de Copago y el 52.7% de pago compartido, lo cual no ha podido realizar por carecer de recursos suficientes para tal fin. Informa que dicho examen fue ordenado por los mismos médicos de la entidad el día 14 de septiembre de 2001 y agrega que no practicarlo pone en riesgo su salud y su vida.

2. El Juzgado Segundo Penal Municipal, a quien correspondió resolver la presente acción, admitió la solicitud de tutela y ofició a Saludcoop para que informara cuáles fueron las razones por las cuales negaron el tratamiento de "reconstrucción de Fístula arteriovenosa

con diálisis” y el suministro de medicamentos al señor Rosemberg Jiménez Contreras. Así mismo, solicitó información sobre la autoliquidación de aportes y el estado de la cuenta de la usuaria Mónica Esther Jiménez y su beneficiario Rosemberg Jiménez Contreras.

3. El gerente regional de Saludcoop seccional Córdoba, resolvió los interrogantes planteados por el juzgado. En su escrito aduce que el tratamiento ordenado al accionante está catalogado dentro de las enfermedades catastróficas o ruinosas, por lo cual se exige una cotización mínima de 100 semanas para su atención. Al no cumplir el accionante con éste requisito, sólo tiene derecho a que saludcoop cancele parcialmente el valor del tratamiento, por lo cual la entidad le propuso el pago compartido de acuerdo al número de semanas cotizadas. Aseguran igualmente, que Saludcoop en ningún momento ha dejado de prestar los servicios asistenciales que requiere el usuario, “simplemente se ha dado aplicación a la ley y a la reiterada jurisprudencia de la Corte Constitucional en cuanto a la realización de determinados procedimientos”. Finalmente indica que obligar a la EPS a suministrar medicamentos, prótesis o procedimientos que no se encuentren incluidos en el plan obligatorio de salud, obligaría a cambiar la destinación de los recursos previstos para aquellos que efectivamente están dentro del POS.

Sentencias objeto de revisión.

4- Por sentencia del 9 de noviembre de 2001, el Juzgado Segundo Penal Municipal negó el amparo. El despacho justifica su decisión indicando que las actuaciones de Saludcoop se ciñeron a la ley, por cuanto el accionante no ha cotizado las cien semanas mínimas. Sostiene sin embargo, que éste hecho no hace que el derecho a la salud del actor quede desprotegido, pues si está de por medio la vida y no tiene dinero, la EPS debe tratarlo, sin perjuicio de la repetición que pueda hacer contra el Estado. De igual forma, el accionante también puede acogerse al parágrafo 2º del artículo 26 del Dcto 1938 de 1994 o exigir directamente al estado el plan de atención básico.

Pero en el presente caso, considera el Juzgado que debido a que el accionante no pudo probar que no tiene capacidad de pago, que su vida corre peligro y que el tratamiento es urgente, la acción de tutela no puede prosperar.

Pruebas relevantes allegadas al expediente.

- A folio 5 copia de los carnés de afiliación a Saludcoop de Mónica Esther Jiménez Alvarez y del Señor Rosemberg Jiménez Contreras en calidad de beneficiario.

- A folio 6 copia del formulario de autoliquidación de aportes para trabajadores dependientes, en el cual consta que el salario básico de la cotizante es de \$143.000.

- A folios 8 y 9 copia de las prescripciones médicas y de las autorizaciones de tratamiento de construcción de fístula arteriovenosa con diálisis.

-A folio7 copia del oficio suscrito por Saludcoop en el cual informan el porcentaje de tratamiento que cubrirá esa entidad y el porcentaje que debe ser pagado por el demandante.

Pruebas ordenadas por la Corte Constitucional.

5. La Corte solicitó a diferentes instituciones información relativa al tratamiento prescrito al accionante. Al respecto, la Universidad Nacional indica que de no ser practicado el tratamiento formulado, podría traer complicaciones irreversibles al paciente. La Universidad del Rosario hace una descripción del tratamiento y concluye que la fístula arteriovenosa no es el único procedimiento para tratar la enfermedad del accionante. Por último, la Universidad Javeriana aduce que la no construcción de la fístula arteriovenosa puede traer consecuencias perjudiciales para la salud del paciente, como la necesidad de utilizar accesos vasculares transitorios en forma repetida con riesgos de infección, la pérdida de vasos disponibles para accesos vasculares y la posibilidad de subdiálisis.

II. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Competencia.

1- Esta Corporación es competente para revisar los presentes fallos de tutela, de conformidad con los artículos 86 y 241 de la Constitución Nacional y el Decreto 2591 de 1991.

El asunto bajo revisión.

2. El accionante considera que han sido vulnerados sus derechos a la vida y a la salud, porque la accionada le exige el pago compartido del procedimiento médico que le ha formulado. La EPS demandada indica que el tratamiento prescrito al actor, está sujeto al cumplimiento de un número determinado de semanas de cotización. Dado que el paciente no ha cumplido con ese requisito, aducen que le ofrecieron la oportunidad del pago compartido, por lo cual no puede concluirse que han negado la prestación del servicio. Por su parte, el juzgado que resolvió la presente acción sostiene que el actor no demostró la falta de capacidad de pago, y que por tanto, no puede proceder la tutela.

La exigencia de semanas mínimas de cotización.

3. La Corte en la sentencia C - 112 de 1998, analizó la constitucionalidad del artículo 164 de la ley 100 de 1993, norma que estipula: "El acceso a la prestación de algunos servicios de alto costo para personas que se afilien al Sistema podrá estar sujeto a períodos mínimos de cotización que en ningún caso podrán exceder 100 semanas de afiliación al sistema, de las cuales al menos 26 semanas deberán haber sido pagadas en el último año."

4. En ese momento, esta Corporación decidió que la norma se ajustaba a la Carta, porque los periodos mínimos de cotización establecidos en esa disposición no significaba una exclusión absoluta de las enfermedades de alto costo. La Corte constató que esa regulación había diseñado varias salidas para que los pacientes aquejados por una enfermedad de este tipo puedan acceder al tratamiento. Por ejemplo, los usuarios pueden esperar hasta el momento en el que cumplan el número de semanas fijadas por la reglamentación pertinente. Y si desean que su enfermedad sea atendida antes de cumplir ese requisito, tienen la posibilidad de realizar un pago compartido con la EPS, correspondiente al número de semanas que aún faltan por cotizar. De igual forma, en esa sentencia también precisó la Corte que si el tratamiento tiene un carácter urgente, pueden pedir su atención directamente al Estado o a la EPS, quienes no pueden negarse a la prestación del servicio en estos especiales casos.

5. La existencia de los pagos moderadores, copagos y pagos compartidos, tiene como justificación el principio de solidaridad sobre el que está fundado el sistema de seguridad social. El pago compartido busca asegurar el equilibrio financiero sobre el conjunto del sistema de seguridad social, de forma tal que esos aportes contribuyan a lograr el

cubrimiento universal en salud. Por tal razón, en principio no puede aceptarse que una persona sea eximida del cobro de un pago compartido sin razones suficientes. Tal y como lo ha reconocido la Corte, la prestación de los servicios de salud que requiere un afiliado no son cubiertos con sus propias cotizaciones o aportes, sino “[c]on los recursos del Sistema conformados, entre otros rubros, por los provenientes de todos los aportantes, de tal suerte que quienes más contribuyen financian a aquellos que, por poseer menores ingresos, no cotizan o lo hacen en menor proporción, circunstancia que, además, persigue el cumplimiento del principio de universalidad, pues el objetivo último de dicha dinámica es lograr el cubrimiento en salud de toda la población.¹ Así las cosas, el P.O.S. se ha diseñado bajo tales principios y, por tal motivo, de él han sido excluidos algunos procedimientos y medicamentos, de tal suerte que las entidades administradoras del mismo pueden negarse, legítimamente, a prestar los servicios no contemplados en el plan.”²

6. La normatividad sobre salud ha establecido como regla general, que para acceder al tratamiento de enfermedades definidas como catastróficas o ruinosas, debe cotizarse un mínimo de 100 semanas y un máximo de 52 semanas para enfermedades que requieran de manejo quirúrgico de tipo electivo, catalogadas en el manual de actividades, intervenciones y procedimientos Mapipos, como del grupo 8. Esta es la situación en la cual se encuentra el accionante. Debido a que el tratamiento de su enfermedad ha sido catalogada dentro de las enfermedades catastróficas o ruinosas, y dado que actualmente no cumple con las semanas mínimas de cotización, la empresa prestadora de servicios de salud “Saludcoop” condicionó su atención al cobro del 10% del valor total del tratamiento por concepto de copago, y al 52.7% por pago compartido.

7. Es claro que la exigencia de un pago compartido está ajustado a la Constitución, tal y como ha sido precisado arriba. Pero también es evidente, como lo ha manifestado esta Corporación de forma reiterada, que dicha exigencia depende también de la situación concreta en la cual se encuentra el afiliado, pues la exigencia del pago compartido no puede convertirse en una causa para la vulneración de sus derechos fundamentales.

De hecho, el mismo artículo 164 de la ley 100 de 1993 estipula que “Para períodos menores de cotización, el acceso a dichos servicios requerirá un pago por parte del usuario, que se establecerá de acuerdo con su capacidad socioeconómica.”(subraya la Sala) Por tal razón, cuando se evidencia que un paciente no tiene capacidad de pago, la EPS no puede utilizar

únicamente el criterio de semanas cotizadas para establecer el monto del pago compartido, sino que de acuerdo al tenor literal del artículo citado, debe realizar un estudio sobre su capacidad socioeconómica, para proceder a fijar de esta forma el monto del pago compartido. Lo anterior sin perjuicio de que la E.P.S. pueda repetir contra el Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Atención inmediata de un paciente en casos de urgencia.

8. La jurisprudencia constitucional ha indicado insistentemente, que los derechos a la salud y a la seguridad social adquieren el carácter de fundamentales, cuando su ineficaz o inexistente prestación vulneran o ponen en peligro otros derechos de carácter fundamental. En tales eventos, la tutela es procedente para evitar un perjuicio que puede llegar a ser irremediable, especialmente de los derechos a la vida y a la integridad (artículos 11 y 12 constitucionales).

9. De acuerdo al artículo 49 constitucional, es deber del Estado garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación en salud. Con base en ese presupuesto, no puede admitirse que la aplicación de la legislación vigente en materia de salud, afecte de forma absoluta la posibilidad de las personas para acceder ese servicio, pues tal situación afectaría ostensiblemente la posibilidad de su recuperación orgánica y funcional.

10. En este orden de ideas y en el análisis concreto de las enfermedades calificadas como catastróficas, la Corte ha precisado que cuando un paciente requiere de esos tratamientos en caso de urgencia, la entidad prestadora de salud no puede condicionar ese servicio a la asunción de los costos del pago compartido. Si bien en principio la atención de las enfermedades de alto costo tiene ciertas condiciones para su prestación como fue elucidado arriba, esas exigencias no pueden constituirse en barreras infranqueables para los usuarios, de forma tal que con ellas se impida completamente lograr su restablecimiento. De esta forma lo ha expresado la Corte, de manera especial en la sentencia T - 160 de 2013:

“Esta Corte ha sostenido⁴ que en casos de enfermedad y tratamientos permanentes comprobados, no existe norma legal que ampare la negativa de prestar un servicio. Pues, por

encima de la legalidad y normatividad, está la vida, como fundamento de todo el sistema. Por tanto en estos casos, los afiliados que no cumplan con los períodos mínimos de cotización y requieran ser tratados en razón de una enfermedad considerada catastrófica o ruinoso, sin tener los recursos necesarios para sufragar el porcentaje que le correspondería, tienen el derecho y las entidades el deber de atenderlos.

De igual forma en la sentencia T-328 de 1995, la Corte señaló:

“No obstante, los derechos puramente económicos de las Empresas Promotoras de Salud, derivados, se repite, de la relación contractual celebrada con el Estado, que supone, a su vez, una relación no contractual con los afiliados y beneficiarios del sistema⁶, entran en conflicto con los derechos personalísimos de éstos, generalmente la vida, la integridad personal y la salud vinculada a los dos primeros⁷, los cuales finalmente resultan sacrificados porque las Empresas Promotoras de Salud cumplen estrictamente con los términos de la legislación que regula la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud y tienen el poder de decisión, en principio, sobre a quiénes y a quiénes no prestan los servicios.

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

11. Con base en la jurisprudencia constitucional, es posible entonces entrar a determinar en qué casos puede ordenarse directamente a la entidad prestadora de servicios de salud, la atención inmediata de un paciente que necesita con carácter urgente un tratamiento calificado de alto costo:

(i) Cuando la falta del tratamiento sometido a un mínimo de semanas cotizadas al sistema, vulnera o amenaza los derechos constitucionales fundamentales a la vida o a la integridad personal del afectado.

(ii) Cuando se trata de un tratamiento que no puede ser sustituido por otro de los contemplados en el POS, o que pudiendo sustituirse, el sustituto no obtenga el mismo nivel

de efectividad del excluido del plan.

(iii) Cuando el interesado no puede cubrir el porcentaje que la E.P.S. se encuentra autorizada legalmente a cobrar y no pueda acceder al tratamiento por otro plan distinto que lo beneficie.

(iv) Y cuando el medicamento o tratamiento ha sido prescrito por un médico adscrito a la Empresa Promotora de Salud a la cual está afiliado el demandante.⁸

Caso concreto.

12. En el caso bajo estudio, el juzgado de instancia niega el amparo solicitado por el actor, con base en dos argumentos. El juez indica que el actor no pudo probar que su vida corría peligro por la no práctica del tratamiento prescrito, y que no tenía la suficiente capacidad económica para cumplir con el pago compartido exigido por la entidad demandada. Entra entonces la Corte a analizar si las razones para negar el amparo en el presente caso, tienen fundamento Constitucional.

13. Esta Corporación ha indicado que en virtud de los principios de oficiosidad e informalidad de la acción de tutela, el juez tiene la obligación y el deber de desplegar todos sus poderes, para esclarecer los hechos que originaron la acción. En el caso concreto del derecho a la salud, la Corte en reciente sentencia T 523 de 2001 afirmó: “si en gracia de discusión se aceptara que las declaraciones que reposan en el expediente no constituyen prueba conclusiva acerca de la incapacidad económica del peticionario, resulta necesario recordar el papel del juez de tutela en materia probatoria, que se traduce en un deber específico, para emplear sus potestades legales en la comprobación de los hechos del caso; todo, con el propósito de establecer si existe o no la violación que se alega de un derecho fundamental⁹.”

Incapacidad económica del accionante.

14. El juzgado afirma que el accionante no pudo comprobar que no tenía capacidad de pago. Sin embargo la afirmación realizada por el actor no fue desvirtuada dentro del proceso¹⁰. Por el contrario, dentro del expediente reposa el formulario de autoliquidación de aportes de trabajadores dependientes al sistema general de seguridad social en salud, en la cual puede

apreciarse que el salario básico de la hija del accionante, de la cual es beneficiario el demandante, es de \$143.000, suma que a todas luces es insuficiente para costear el tratamiento.

Carácter urgente del tratamiento.

15. En el presente caso existe duda sobre el carácter urgente del procedimiento. En efecto, de los conceptos recibidos por esta Corporación no puede colegirse que tal tratamiento es el único existente y el más adecuado y eficaz. Por tal razón, a primera vista debería concluirse que la sentencia del juez de primera instancia debe ser confirmada.

16. Sin embargo, con base en los conceptos allegados al expediente puede obtenerse una conclusión distinta. Por un lado, si bien existen diversos procedimientos quirúrgicos para tratar la enfermedad del paciente, es necesario que se practique alguno de ellos, pues de lo contrario se pondría en riesgo la salud del actor, tal y como lo manifestaron los conceptos allegados al expediente. En vista que no obra prueba alguna por medio de la cual se acredite que al actor le ha sido prodigada la atención necesaria para tratar su enfermedad, la Corte considera necesario revocar la sentencia del juzgado segundo penal municipal de Sincelejo y en su lugar proteger el derecho a la salud y la vida del accionante, ordenando a la accionada que, en caso de no haberlo hecho y si aún el paciente no ha recibido atención por alguna otra entidad pública o privada, brinde el procedimiento inicialmente prescrito por uno de sus médicos o el que considere pertinente para tratar la enfermedad del accionante, sin condicionarlo al pago compartido. Igualmente se precisará que la EPS puede repetir contra la Subcuenta de Enfermedades Catastróficas o Ruinosas del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por el porcentaje de semanas no cobradas directamente al usuario.

III. DECISION.

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

RESUELVE

Primero. REVOCAR el fallo proferido por el juzgado segundo penal municipal de Sincelejo, en

el cual negó la tutela del derecho a la salud interpuesta por el señor Rosemberg Jiménez Contreras

Segundo. ORDENAR a SaludCoop E.P.S., Seccional Córdoba - Sucre (Sincelejo) que en forma inmediata brinde el tratamiento al señor Rosemberg Jiménez Contreras y le prodigue las atenciones indispensables, si es el caso que el paciente aún no ha recibido la atención médica que necesita.

Tercero. SaludCoop E.P.S. podrá repetir lo que desembolse por concepto de este fallo, en contra de la Subcuenta de Enfermedades Catastróficas o Ruinosas del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Cuarto. Por Secretaría líbrese la comunicación de que trata el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

Cópiese, notifíquese, comuníquese, publíquese en la Gaceta de la Corte Constitucional y cúmplase.

EDUARDO MONTEALEGRE LYNETT

Magistrado Ponente

ALVARO TAFUR GALVIS

Magistrado

CLARA INÉS VARGAS HERNÁNDEZ

Magistrada

MARTHA VICTORIA SÁCHICA DE MONCALEANO

Secretaria General

LA SECRETARIA GENERAL

DE LA CORTE CONSTITUCIONAL

HACE CONSTAR:

Que la H. Magistrada doctora Clara Inés Vargas Hernández, no firma la presente sentencia por encontrarse de comisión en el exterior.

MARTHA VICTORIA SACHICA MENDEZ

Secretaria General

1 Cfr. Sentencia SU-819/99

2 T-421 de 2001 M.P. Alvaro Tafur Galvis.

3 Al respecto también puede consultarse entre otras las sentencias: T-787 de 2001, T-885 de 2001, etc.

5 M. P. Fabio Morón Díaz

6 Idem.

7 Idem.

8 Como fue precisado en la sentencia T 523 de 2001, estos requisitos hacen parte de una larga línea jurisprudencial que se puede rastrear a través de las sentencias SU-111 de 1997 M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz, SU-480 de 1998 M.P. Alejandro Martínez Caballero y C-112 de 1998 M.P. Carlos Gaviria Díaz.

9 Sobre el particular, resulta provechoso consultar la Sentencia T-452 del 2001 M.P. Manuel José Cepeda Espinosa, recientemente aprobada por esta Sala en la que se hizo referencia concreta a las facultades que en materia probatoria tiene el juez de tutela. En esa oportunidad se reprochó la actitud del funcionario judicial encargado de conocer el amparo en primera y única instancia al desestimar la calidad de agente oficioso en la que concurría el peticionario y no realizar, ante la duda, ninguna diligencia probatoria que diera cuenta de tal circunstancia.

10 Es de recordar que las EPS pueden alegar contradecir o refutar los argumentos expresados por el peticionario, aduciendo entre otros la incapacidad económica alegada y en este caso el demandado no hizo uso de tal atribución. Sobre este punto pueden consultarse las sentencias T - 523 de 2001 y T - 452 de 2001.